

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1925

PAR

Jacques-Charles LESCOUTRA

Né à BORDEAUX (Gironde), le 16 Mars 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		BEGOUIN, professeur	} <i>Juges.</i>
		DUPERIE, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1925

PAR

Jacques-Charles LESCOUTRA

Né à BORDEAUX (Gironde), le 16 Mars 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		BEGOUIN, professeur		} <i>Juges.</i>
		DUPERIE, agrégé		
		PAPIN, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	ROCHER.
id.	BEGOUIN.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CRUCHET.	dies des enfants	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	DENIGES
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique ...	SIGALAS.
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUILH.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies des	
Hygiène	AUCHE.	voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontolog.	LANDE.	Clinique des maladies nerveu-	
l'hygiène biologique et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.	climatologie	SELLIER.
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie. — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences na-		id.	JEANNENEY
turelles	R. SIGALAS	id.	N.
id.	N...	id.	N.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	Obstétrique	PERY.
Chimie biol. et médicale...	N.	id.	FAUGERE.
Médecine générale	MAURIAC.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.	DUPERIE.	Pharmacie	GOLSE.
id.	GREYX.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	PAPIN.	tions pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGERE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale.	GOLSE.
Puériculture	ANDERODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre			
et les infirmes.....			MM. ROCHER.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			CHARRIER
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MES EXCELLENTS AMIS
LE DOCTEUR PIERRE GALLÉ
LE DOCTEUR GEORGES CUVIER

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE
DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Alors que dès l'Antiquité et depuis Hippocrate la médecine connaissait et soignait les tumeurs cancéreuses, il est à remarquer qu'il faut arriver jusqu'à Morgagni pour trouver dans la littérature la première observation se rapportant à un cancer du vagin; encore n'est-il point prouvé qu'il ait été primitif, en raison de son extension à l'utérus et à la vessie.

C'est à Cruveilhier que revient l'honneur d'avoir fait, le premier, en 1827, une communication à la Société anatomique sur un cas non douteux de cancer du vagin, et il y ajouta, avec Lebert, quelques notions sur l'anatomie pathologique de cette néoplasie. Dès lors, les observations se multiplient. Nous nous bornerons à citer celles de Lisfranc, de Chassaignac (1844), de Ch. Masson (1844), de Nélaton (1850). Ce dernier dans ses « Eléments de pathologie chirurgicale » (1857), rapporte que West en a réuni vingt-deux cas. Cette question continue à préoccuper nombre de chirurgiens, tels que Rondet (1875) qui étudie à la fois le cancer de la vulve et du vagin et en Allemagne, Küstner (1876) qui en cite vingt-deux cas, Brückner (1881), Hirsch (1883), puis Bréciky (1886), Hecht (1891). Enfin, viennent les travaux modernes, parmi lesquels sont à retenir les thèses de Bernard (1894), Bonnefous (1902), Duplay (1904), Rollin (1904).

Reclus et Pichevin cherchent à établir les rapports de la leucoplasie avec l'épithélioma. Schmiedelechner, en 1905, publie plusieurs observations dans la *Revue Gynécologique* de Berlin. Polosson et Violet, en 1905, étudient la question de l'épithélioma cylindrique, particulièrement au point de vue pathogénique; enfin, Legueu s'appliquait récemment, à la Société de chirurgie, à rechercher les bases du pronostic. A cette question s'attachent encore les noms de Potherat, Rollin, Pozzi, A. Martin, R. Olshausen, A. Dhürssen, W. Thorn, H. Thompson.

Il est à noter, qu'en ces dernières années, la plupart des auteurs, et particulièrement les chirurgiens allemands et français, se sont presque exclusivement préoccupés de perfectionner la technique opératoire, d'en étendre les indications et, en élargissant considérablement le champ de l'exérèse, de reculer chaque jour davantage les limites de l'opérabilité, tout en obtenant des survies de plus en plus longues.

Actuellement, la chirurgie ne peut plus ignorer, ni mésestimer l'aide souvent précieuse que lui apportent dans les cas désespérés certaines méthodes telles que la curie et la roentgenthérapie. D'autres ont même voulu opposer au traitement chirurgical le traitement radiumthérapique, d'autres ont songé à les associer. Enfin, depuis les travaux de Brown-Sequard, quelques chercheurs isolés se sont efforcés, en s'appuyant sur des hypothèses étiologiques fort intéressantes mais assez précaires, d'apporter aux malheureuses victimes de ce mal implacable, sinon la guérison, du moins une amélioration de leur état et une survie sensiblement comparable à celle qu'elles peuvent espérer obtenir de la chirurgie ou du radium; et cela, en leur évitant les effroyables mutilations de la première et les douleurs, parfois intolérables, au prix desquelles, le second amène la régression des masses tumorales.

A l'heure actuelle, il serait prématuré de dire quel est, et surtout quel sera, dans un avenir peut-être prochain, le

traitement qui nous permettra de lutter le plus efficacement contre le cancer primitif du vagin et de le vaincre de manière à peu près certaine.

En 1923, Carlier disait dans ses conclusions que « l'intervention élargie abdomino-périnéale comprenant l'extirpation de l'arbre génital tout entier et du rectum, semble le traitement de choix », et il citait effectivement, à l'appui de sa thèse, des résultats heureux incontestables.

Cependant, si l'on compare à ces excellents résultats quelques-uns de ceux obtenus, soit par des exérèses plus limitées, soit par des traitements différents, on est en droit de se demander si l'on peut, avec justice, considérer comme « traitement de choix » celui qui, sans garantie absolue de guérison, prétend combattre une maladie, que la plupart des auteurs s'accordent à considérer comme locale, en imposant aux patientes des mutilations aussi importantes et au prix d'une intervention dont la mortalité opératoire s'élève à plus de 20 %.

En l'état actuel de nos connaissances et sans vouloir le moins du monde préjuger de l'avenir, peut-être serait-il plus prudent d'étudier patiemment et avec méthode, sans aucun parti pris, les résultats déjà acquis ou à obtenir par les différents traitements dont nous disposons, et de chercher à en établir les indications et contre-indications relatives aux différents cas qui se présentent.

C'est à cette étude que nous allons nous efforcer d'apporter notre modeste contribution.



CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

FRÉQUENCE. — La rareté de l'épithélioma primitif du vagin n'a d'égale que sa malignité. C'est pour cette raison que, jusqu'à Cruveilhier, cette lésion, non individualisée, entraînait dans le cadre assez hétérogène des tumeurs et ulcérations siégeant au niveau de cet organe: ceci nous indique déjà qu'une des raisons de sa rareté, du moins apparente, a été pendant fort longtemps et demeure peut-être encore sa méconnaissance. West pense qu'en raison de l'absence à peu près constante de douleurs, le diagnostic précoce est rarement fait, ce qui expliquerait pourquoi on se trouverait plus souvent en présence d'un cancer vagino-utérin par propagation que d'un cancer strictement localisé au vagin. Il cite à l'appui de son opinion dix-neuf observations personnelles.

Quoi qu'il en soit, la rareté relative de cette affection ne saurait être contestée. Küstner, en 1876, ne relève dans toute la littérature, que 22 cas de cancers primitifs. Zizold, en 1889, n'en relève également que 22 dans la clinique de Zwinckel. De nombreux auteurs apportent leurs statistiques qui, malheureusement, sont difficilement comparables, car

ils établissent leurs pourcentages en se basant sur des considérations très diverses.

Nous essaierons cependant d'en tirer quelques résultats pratiques. La fréquence de cancer du vagin serait :

1° Par rapport à la léthalité générale :

Selon Gurlt, de : 0.0019 %;

2° Par rapport à la mortalité par cancer :

Selon Bergel, de : 0.0016 %;

3° Relativement à celle des cancers chez la femme :

Selon Eppinger, de : 0.0014 %;

4° Relativement à celle des cancers génitaux féminins :

Selon Eppinger, de : 0.037 %;

Selon Walshe, de : 0.045 %;

Selon Shwartz, de : 0.24 %;

Selon Pozzi, de : 0.42 %;

Selon Roger Williams, de 0.43 % (avec une marge de 0.38 à 1,6 %;

5° Relativement à celle des affections gynécologiques :

Selon Bernard, de 0.004 %;

Selon Rothe, de : 0.006 %;

Selon Martin, de : 0.008 %.

En comparant ces divers pourcentages, on constate d'abord que tous sont faibles, ce qui est à retenir, et aussi que, selon les auteurs, ils varient aisément du simple au double, ce qui leur enlève toute valeur absolue.

À première vue, la rareté de cette lésion, comparée à la fréquence malheureusement très grande du cancer utérin, semble paradoxale. Bernard a essayé de l'expliquer par « le rôle plus actif que joue l'utérus dans la vie génitale de la femme », mais ceci demeure une simple hypothèse. Pour Zizold, elle proviendrait de la constitution anatomique du vagin presque entièrement dépourvu de glandes et constituant, par conséquent, un terrain éminemment défavorable à l'évolution d'une variété fréquente de néoplasies : l'épithélioma glandulaire.

En fait, tant que nous ne connaissons pas d'une manière

exacte les conditions nécessaires et suffisantes à l'apparition et à l'évolution du processus cancéreux — c'est-à-dire à la transformation apparemment spontanée de cellules normales différenciées et en quelque sorte hiérarchisées en un amas de corps cellulaires à prolifération exubérante, destructive et anarchique, toutes les hypothèses que nous pourrions former sur les raisons de fréquence ou de rareté d'une lésion cancéreuse, au niveau de tel ou tel organe, seront purement illusoire et, par conséquent, demeureront sans utilité évidente.

Il serait plus intéressant de savoir si, comme on tend à le dire actuellement, la maladie cancéreuse — en laissant volontairement à ce terme sa plus large compréhension — est ou non en progression; autrement dit, s'il y a maintenant plus de cancers qu'autrefois ou si, au contraire, la mortalité cancéreuse, reculant devant les efforts combinés des chirurgiens et des radiologues, semble diminuer.

Il est fort difficile de se faire une opinion certaine sur cette question, car nous ne possédons pas de statistiques anciennes auxquelles il soit possible de comparer légitimement celles que l'on dresse aujourd'hui. D'autre part, les statistiques actuelles sont établies le plus souvent par rapport à la morbidité et non par rapport au chiffre total de la population. Enfin, on ne peut oublier les progrès réalisés dans le diagnostic précoce et précis de ces lésions. Toutefois, M. Carrière, délégué suisse, vient de présenter à l'Office international d'hygiène publique, pendant la session d'octobre 1924, des statistiques englobant une période de vingt années et fournissant des chiffres bruts et relatifs par 10.000 habitants, d'après le sexe et par classe d'âge. Il ressortirait de leur examen que la mortalité globale n'a pas sensiblement varié.

INFLUENCE DE L'ÂGE. — On a coutume d'établir des sortes de tables de prédisposition au cancer suivant l'âge des malades. Or, elles ne peuvent avoir d'autres bases que

les statistiques établies. N'oublions pas, que selon le mot de Talleyrand, « la statistique est le mensonge des chiffres »; d'ailleurs, M. le Professeur J.-L. Faure estime que « les statistiques n'expriment même pas la vérité d'un jour ». Ceci est d'autant plus vrai dans le cas actuel que les statistiques sur lesquelles nous pourrions nous baser sont établies, semble-t-il, non point sur la majorité des cas existants, mais sur la faible minorité des cas reconnus et constatés. A ce vice primordial, elles joignent celui de ne point faire de discrimination entre des sujets présentant évidemment une affection commune, mais surajoutée à des antécédents personnels ou héréditaires essentiellement différents. Elles additionnent comme autant d'unités égales des nullipares et multipares qui en sont parfois à leur quinzième grossesse. Les conditions de milieu et d'hygiène sont également méconnues. Dès lors, on est en droit de se demander si la fréquence de ces affections est fonction de l'âge ou de tous les impondérables qui, en s'accumulant, constituent les diathèses, les tempéraments morbides ou les tares.

Quoi qu'il en soit, il semble que l'enfance et l'adolescence sont peu exposées à ce péril malgré les cas exceptionnels qu'on a pu relever. C'est donc vers l'âge de 20 ans que commencent à apparaître les cas de cancer primitif du vagin qui n'augmentent guère de fréquence jusque vers l'âge de 50 ans. A cette époque de la vie qui correspond en général à cette transformation physiologique qui enlève à la femme ses qualités sexuelles, le cancer paraît redoubler ses attaques, à moins qu'il ne se trouve en présence d'un terrain moins résistant ou plus réceptif. Vers la soixantaine, sa fréquence diminue et l'on peut considérer que vers 70 à 80 ans le cancer primitif du vagin devient une lésion tout aussi exceptionnelle que dans l'enfance. On pourrait donc dire que ce n'est pas un mal de vieillesse mais une sorte d'infirmité s'ajoutant à celles, si nombreuses, qui assaillent la femme au déclin de sa vie génitale.

Toutefois, il serait imprudent de fixer un âge au cancer et de contribuer ainsi à répandre dans le public ou à y maintenir la conviction que la femme jeune est à l'abri de ses attaques. Cette conviction serait d'autant plus dangereuse que si, en effet, sa fréquence est, dans une certaine mesure, en raison directe de l'âge, sa malignité est en raison inverse de celui-ci et qu'un diagnostic précoce est d'autant plus nécessaire que la femme est plus jeune.

HÉRÉDITÉ. — L'influence de ce facteur paraît de plus en plus hypothétique pour ne pas dire nulle et, cependant, bien des faits sont assez troublants. Bonnefous cite le cas de la malade de Trutzi atteinte d'un épithélioma primitif du vagin, dont la mère, après treize grossesses dont quatre avortements, était morte d'un cancer utérin. Nous avons nous-même connu une jeune fille, vierge, décédée à l'âge de 33 ans d'un cancer utérin et dont la mère, actuellement vivante, âgée de 65 ans, bien portante, présente sur le visage douze noevi plus ou moins pigmentés. Peut-être dans ce cas-là pourrait-on parler d'une sorte d'hérédité de terrain.

Hermann Swoboda fait intervenir l'influence d'une sorte d'hérédité rythmée. Il soutient, en effet, que le rythme septennal joue un rôle considérable dans la vie humaine et en particulier dans l'hérédité. Il dit connaître plusieurs familles de cancéreux dans lesquelles les sujets atteints étaient nés à 7 ans d'intervalle. Dans l'une d'elles, cette coïncidence se produit pour 7 cas de cancer. Il cite une observation assez intéressante : sur les 8 enfants qui constituent la famille, 3 furent atteints : le troisième, le sixième et le huitième. Or, le sixième était né 7 ans et 9 mois après le troisième et le huitième, 7 ans moins 13 jours après le sixième.

Mais, nous ne nous arrêterons pas à de telles considérations qui font intervenir des notions en quelque sorte métaphysiques, dont l'effet le plus sûr serait de compliquer

une question déjà suffisamment obscure, sans y apporter la moindre apparence de solution.

Parmi nos observations personnelles, nous ferons remarquer, au contraire, que plusieurs malades sont issues de parents ayant joui d'une fort grande longévité et indemnes de toute affection néoplasique. L'une d'elles vit son père mourir à 84 ans et sa mère à 74. Le père d'une autre décéda à 79 ans et si sa mère mourut à 38 ans, ce fut à la suite de couches.

Donc, on peut conclure que si certains faits paraissent appuyer l'hypothèse du rôle de l'hérédité dans la pathogénie du cancer, on se trouve plutôt en présence de coïncidences exceptionnelles que de phénomènes réguliers et constants.

GROSSESSE. — Certains auteurs, surtout allemands, pensent que les grossesses répétées ne jouent aucun rôle. West admet, au contraire, leur influence prédisposante. Là encore, il est assez difficile de se faire une opinion bien nette. Tout au plus, la grossesse terminée par avortement ou par accouchement normal, peut-elle conditionner l'apparition d'une variété de cancer primitif du vagin très spéciale : « le déciduome malin ». Encore convient-il d'ajouter que le placentome primitif du vagin avec intégrité de l'utérus est excessivement rare.

Nous en rapportons cependant une observation (Obs. IX).

Pathogénie et causes occasionnelles. — On a envisagé comme causes occasionnelles toutes les causes d'irritation : excès de coït, masturbation, sécrétions irritantes des métrites chroniques, blennorragie, port de pessaire, prolapsus, leucoplasie, kraurosis vulvæ.

Il est évident que l'irritation chronique, le frottement répété, paraissent jouer un certain rôle dans l'apparition du cancer; cependant, il n'est point prouvé que cette condition soit nécessaire, ni suffisante, bien que les travaux récents

de Yamaghiwa et Itchikawa tendent à confirmer cette opinion. Ils en tirent, en effet, la conclusion que « la simple irritation chimique ou physique répétée rend cancéreuse la cellule épithéliale normale sans qu'il soit besoin de recourir à un agent causal indéterminé ». Mais on est en droit de se demander si l'agent irritatif employé, en l'occurrence le goudron, c'est-à-dire l'arsenic, agit par simple irritation ou par modification de la trophicité cellulaire.

Nous ne pouvons passer outre sans envisager brièvement les différentes théories admises par les uns, discutées par d'autres, sur la pathogénie du cancer.

A l'heure actuelle, en effet, de toutes parts on étudie ce qu'on est convenu d'appeler le « Problème du cancer » et on est déjà parvenu à établir, d'une manière à peu près certaine, des notions fort intéressantes qui méritent de nous arrêter un instant.

Dans l'antiquité on assignait à toutes les néoformations malignes une origine humorale. Selon Galien, « la bile noire qui ne bouillonnait pas », était la cause du cancer. Ces théories humorales, plus ou moins modifiées, régnèrent en maîtresses sur l'esprit médical jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. C'est Bichat qui, le premier, substitua aux théories précédentes une théorie tissulaire. Pour lui, il s'agissait non pas d'un produit d'humeurs hypothétiques, mais d'un tissu accidentel, ne différant pas essentiellement des tissus normaux. Laënnec distingua les néoplasies en tumeurs du type homologue et en tumeurs du type hétérologue, c'est-à-dire n'ayant point de ressemblance avec les tissus normaux.

Vers la même époque, Dupuytren tente, déjà, d'instituer l'étude expérimentale du cancer en pratiquant, mais sans succès, l'inoculation aux animaux. Cruveilhier appelle l'attention sur la valeur du « suc cancéreux » qui permettra pendant de longues années de classer les tumeurs en bénignes ou malignes, suivant qu'elles donnent ou ne donnent pas de suc au râclage. Puis, avec Broussais, on revient, par une voie détournée, aux théories humorales lorsqu'il

prétend trouver la cause du cancer dans l'accumulation de l'albumine dans les tissus sous l'influence de l'inflammation. « Le cancer, dit-il, n'est point une maladie particulière ni primitive. » Ainsi donc, un trouble quelconque de la nutrition ou de la sécrétion peut aboutir au cancer. Johannès Müller étudie l'histologie pathologique des tumeurs. Virchow ramène tous les phénomènes vitaux à des phénomènes cellulaires (*omnis cellula e cellula*) et pose le principe de l'indifférence cellulaire. Enfin, Remack établit la notion de la spécificité cellulaire basée sur la division des tissus en trois feuillets. Comme les tissus normaux, chaque tissu cancéreux provient d'un tissu particulier; c'est ainsi, qu'une tumeur épithéliale prend naissance dans un tissu épithélial et qu'une tumeur conjonctive émane d'un tissu conjonctif.

Dès lors, la plupart des chercheurs, sinon tous, tels que Ranvier, Cornil, Malassez, Conheim, Thiersch, Waldeyer, Ribbert, font du problème du cancer un problème uniquement histologique. Ce n'est que dans le courant du XIX^e siècle que l'on va se préoccuper d'étudier et de discuter l'origine du cancer en imaginant des hypothèses très diverses et dont le nombre même montre l'insuffisance de chacune.

C'est ainsi, qu'en dépit de toutes ces théories, le problème pathogénique du cancer demeure entièrement posé.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux théories embryonnaires, qui, évidemment, rendent compte d'un certain nombre de néoformations mais sont incapables d'en expliquer la plupart.

On a songé à appliquer à cette étude les doctrines pasteuriennes et l'on a voulu attribuer la responsabilité des lésions à des éléments exogènes, en particulier microbiens ou parasitaires; c'est ainsi que Doyen a cru trouver le mot de l'énigme en isolant le micrococcus néoformans et Rappin son diplocoque. La conséquence immédiate de ces théories, si elles étaient vérifiées, serait la contagiosité du cancer qui, elle, ne l'est pas.

Récemment, certains travaux expérimentaux de Fujinami, Peyton-Rous et Tytler, ont permis de reproduire chez la poule un sarcome par inoculation d'un filtrat de tumeur. Si l'on en rapproche certains épiphénomènes observés cliniquement dans les sarcomes humains, en particulier la « fièvre des tumeurs » de Verneuil, on serait tenté d'établir une séparation nosologique et étiologique entre les tumeurs épithéliales qui constitueraient le véritable cancer et les sarcomes qui reconnaîtraient peut-être une origine infectieuse.

On a également trouvé dans certains cancers des parasites végétaux tels que : levures, champignons ou blastomycètes sans qu'on puisse leur attribuer une valeur bien nette. Darier, Malassez, Albarran, Jaboulay, avaient pensé devoir incriminer certains sporozoaires intra-cellulaires tels que les coccidies. Cette théorie coccidienne tomba d'elle-même lorsqu'il fut reconnu qu'il s'agissait simplement d'inclusions de corps étrangers : fragments de noyaux, chromatique, kératine, etc. Borrel accusa certains parasites animaux : acariens, helminthes, cysticerques, d'être les convoyeurs du virus cancéreux (tumeurs bilharziennes de la vessie, sarcome à cysticerques du foie de Bullock et Curtis). Pour Joannès Fibiger les parasites animaux, et en particulier le nématode, découvert par lui en 1907 : *spiropteria neoplastica* ou *gongylonéma néoplasticum*, agiraient, non point comme vecteurs, mais directement par les toxines contenues dans leurs sécrétions.

Cette théorie parasitaire devient de plus en plus chancelante à mesure que les résultats acquis par l'étude expérimentale du cancer prouvent que l'on peut le provoquer chez l'animal par des moyens multiples sans avoir recours à des parasites.

Enfin, la théorie aujourd'hui la mieux admise est celle qui réduit le processus de la cancérisation à un phénomène purement cellulaire. C'est ainsi que Virchow a attaché son nom à la théorie dite irritative.

D'autres auteurs ont cherché la cause du cancer soit dans un vice de la fécondation cellulaire (Klebs, Critzmann), soit dans une fécondation réciproque de deux cellules semblables (Hallion). Bard a imaginé une théorie physiopathologique, d'après laquelle le cancer serait la « manifestation d'un état morbide qui frappe la prolifération des cellules dans les causes intimes de leur harmonie », ce qui signifie que la cellule cancéreuse deviendrait inapte à recevoir « l'induction vitale » qui normalement règle l'accroissement des tissus et transmettrait cette incapacité à ses descendantes. Enfin, Ménétrier reprenant les idées de Virchow les complète par la notion nouvelle, mais non démontrée, de la sélection cellulaire pathologique : Certains éléments se trouvant placés dans des conditions de vie nouvelles et anormales provoquées, soit par des irritations chroniques, soit par des infections, soit par tout autre agent, adapteraient leurs réactions biologiques au milieu défavorable dont elles doivent s'accommoder et acquerraient ainsi des propriétés nouvelles de vitalité dérégulée et anarchique. Ainsi donc, le cancer ne serait pas une entité morbide primitive, mais le résultat, d'ailleurs inconstant puisque conditionné par la capacité d'adaptation et de réaction cellulaires, d'une série d'états pathologiques préparatoires.

Toutes ces théories, malgré l'intérêt spéculatif qu'elles peuvent offrir, demeurent de simples hypothèses puisque chacune d'elles est trop étroite pour embrasser le domaine entier du cancer.

Il est intéressant de signaler, simplement à titre documentaire, une théorie qui prétend non seulement rendre compte de tous les phénomènes cancéreux, mais aussi apporter aux affections néoplasiques un traitement médical rationnel. Malheureusement cette théorie soutenue particulièrement par Baronaki, Naamé, etc., qui voit dans les divers cancers les résultats d'une déficience polyglandulaire endocrinienne et qui constitue en quelque sorte une réplique à la théorie de Bard en substituant, au défaut de

réceptivité cellulaire de l'induction vitale, la défaillance, l'altération ou la suppression de cette même induction vitale, s'appuie entièrement et uniquement sur l'endocrinologie, c'est-à-dire sur une branche de la physiopathologie que nous connaissons encore fort mal.

Cependant, MM. Baronaki et Naamé prétendant avoir obtenu des résultats intéressants par le traitement opothérapique du cancer, on est autorisé à considérer cette thérapeutique comme une arme de plus et qui peut être précieuse dans certains cas désespérés afin d'atténuer la souffrance des malheureuses victimes pour lesquelles la chirurgie et la radiumthérapie sont devenues impuissantes.



CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, les cancers du vagin affectent soit une forme infiltrée, en général diffuse, soit une forme végétante et plus souvent localisée. Microscopiquement, ce sont des sarcomes ou des épithéliomas.

L'épithélioma peut être pavimenteux ou cylindrique. L'épithélioma cylindrique est tout à fait exceptionnel dans le vagin : quant à l'épithélioma pavimenteux, il est beaucoup plus fréquemment lobulé que tubulé.

Nous ne nous attarderons point à faire une description détaillée de ces différentes formes histologiques auxquelles la localisation vaginale n'apporte aucun caractère particulier. En dehors de ces formes, en quelque sorte banales, nous citerons la forme chorio-épithéliomateuse dont la localisation primitive dans le vagin peut surprendre et sembler paradoxale.

Les déciduomes vaginaux sont en effet extrêmement rares : on n'en aurait relevé au total qu'une quinzaine de cas et presque tous dans la littérature étrangère sauf celui de René Marie. Sur ces quinze cas, six seraient survenus après accouchement et auraient provoqué la mort par généralisation rapide ; quatre après expulsion d'une môle et trois d'entre eux auraient abouti à la guérison ; quatre autres

cas auraient succédé à un avortement et enfin un cas à un accouchement prématuré.

Régnier estime cependant que cette affection est moins rare qu'on ne le croit. Dans son rapport du 14 décembre 1904, à la Société de chirurgie, M. le Professeur J.-L. Faure s'exprimait en ces termes : « Il y aurait une particularité très intéressante et qui ne paraît point avoir son analogue dans l'évolution des tumeurs malignes : c'est qu'on peut voir se développer en certains points, et, en particulier, au niveau du vagin, des tumeurs ayant la structure chorio-épithéliale et dont l'extirpation est suivie de guérison complète et définitive, sans qu'il y ait eu de manifestation morbide du côté de l'utérus et dus sans doute au transport par le torrent sanguin d'éléments choriaux susceptibles de dégénérer alors que les éléments qui restent dans l'utérus échappent à cette dégénérescence. » Cette explication est d'autant plus vraisemblable que lorsqu'on examine au microscope un fragment de placentome utérin « on voit des bourgeons nés des villosités choriales et les masses syncytiales qui les recouvrent dissocier les fibres musculaires et baigner directement dans des lacunes ou des espaces pleins de sang qui communiquent largement avec les vaisseaux utérins ». Il peut donc y avoir métastase par voie sanguine dans les poumons, le foie, les reins ou la muqueuse vaginale. La notion des déciduomes primitifs du vagin est d'autant plus intéressante à retenir que son diagnostic différentiel d'avec l'épithélioma ne se fait que par biopsie ou pièces en mains.

Il est évident que lorsqu'on connaît les antécédents, c'est-à-dire la grossesse antérieure, le siège de la lésion doit mettre sur la voie du diagnostic car il ne saurait y avoir de dégénérescence des villosités choriales en l'absence d'un chorion, lequel évidemment n'existe qu'à l'occasion d'une grossesse.

Il est à remarquer d'ailleurs que le déciduome n'apparaît point au cours de la grossesse pendant laquelle toute l'ac-

tivité cellulaire est nécessaire à la vie nutritive du fœtus et est accaparée par elle, mais qu'il se révèle lorsque cette activité n'a plus de but, c'est-à-dire, soit après un accouchement ou plus souvent à la suite d'un avortement. On peut d'ailleurs admettre que le début du mal est silencieux pendant toute la gestation et qu'il ne devient apparent qu'après elle. Lorsque le chorio-épithéliome vaginal apparaît au cours de la grossesse on peut, presque à coup sûr, en conclure qu'on se trouve en présence, non point d'une grossesse normale, mais d'une môle hydatiforme qui ne tardera pas à être expulsée. Enfin, le Professeur Hartmann ne veut point qu'on confonde le déciduome bénin avec le déciduome malin qui envahit les vaisseaux et provoque des hémorragies très graves.

Il semble en effet que la môle et le placentome sont deux stades différents de l'évolution morbide des villosités chorionales en voie de dégénérescence, sous une influence encore inconnue, mais probablement la même que celle des autres cellules épithéliales. On peut distinguer des formes bénignes qui sont généralement l'apanage des chorio-épithéliomes développés loin de l'utérus et pour lesquels l'excision se montre généralement suffisante et des formes malignes telles que les chorio-épithéliomes infiltrés du vagin. Dans ces derniers cas, les seules chances de guérison définitive bien que précaires, résident dans une exérèse prompte, radicale et élargie. Le plus souvent d'ailleurs, elles évoluent comme les pires des cancers et essaient au loin des noyaux secondaires qui rendent toute opération illusoire et insuffisante. Cependant, lorsque l'intervention est très précoce, on peut obtenir des résultats meilleurs qu'avec les épithéliomas.

Une autre forme rare de cancer primitif du vagin est le mélano-sarcome. Généralement il s'accompagne de nombreuses métastases qui, à l'autopsie, apparaissent sous forme de nodules bruns, gros comme un grain de mil ou une lentille jusqu'à une grosse noix, disséminés sous la plèvre, dans le poumon, l'intestin, le foie, le pancréas, les reins.

Au point de vue microscopique, la tumeur primitive est formée d'un stroma épais renfermant des cellules polymorphes à dispositions très irrégulières, à faible protoplasma fortement pigmenté, mais généralement groupées autour des vaisseaux. La structure de ces tumeurs est si complexe et variable qu'on s'explique aisément les divergences d'opinion sur leur origine.

Pour Recklinghausen, ces tumeurs dériveraient de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Unna les considère comme des mélano-carcinomes d'origine épithéliale. Ribbert y voit des chromatophoromes par dégénérescence de cellules mésenchymateuses à chromatophores. Lubarsch, s'inspirant des opinions de Ribbert et de Unna leur assigne pour lieu d'origine la zone de fermeture du canal neural; enfin, d'aucuns distinguent les mélanomes épithéliaux des mélanomes conjonctifs.

Nous en avons assez dit pour montrer combien demeure obscure l'origine de ces néoplasies.

On a du moins cherché à établir l'origine de ce pigment : la mélanine qui donne un caractère si particulier à ces néoplasies. On y a reconnu l'absence de fer et la présence de soufre. Ce qui vient compliquer la question, c'est l'existence de certaines de ces tumeurs demeurées incolores. On admettrait donc, sans que cela fut le moins du monde prouvé, que la pigmentation se ferait en deux temps : 1° formation d'un chromogène; 2° oxydation de ce chromogène. S'il n'est point surprenant de trouver des mélanomes dans les tissus normalement pigmentés on s'explique difficilement l'existence primitive de ces tumeurs dans des organes où la présence de mélanine n'a jamais été constatée. D'ailleurs les mélanomes du vagin sont extrêmement rares; en dehors de celui que nous rapportons d'après Stéfani (Obs. X) on n'en connaît que deux cas : celui de Parona et celui de Graefe. Les deux observations de Horn paraissent se rapporter à des sarcomes alvéolaires hémorragiques moins rares et à localisation vulvaire. Mayer en a réuni trente-cinq observations. Stéfani huit.

SIÈGE. — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que le siège le plus fréquent des tumeurs vaginales se trouve situé sur la paroi postérieure ou dans le dôme du vagin. Par ordre de fréquence viennent ensuite la paroi antérieure et les parois latérales. Lorsqu'elles se trouvent situées à la limite de la muqueuse vaginale et de la muqueuse cervicale on a affaire à l'épithélioma liminaire de Pozzi. Parmi les observations que nous rapportons, on trouve sept cancers de la paroi postérieure, deux de la paroi antérieure et un diffus.

Dans le cancer liminaire, l'évolution se fait par double extension vers le col et vers le vagin. Lorsque le cancer siège à la paroi antérieure il peut intéresser l'urètre et la vessie, ce qui apporte un élément défavorable au pronostic.

Il est à remarquer que lorsque les voies urinaires sont intéressées, elles le sont non point par propagation lymphatique, mais par propagation tissulaire de proche en proche. En effet, sans entrer dans des détails anatomiques superflus, nous nous bornerons à rappeler que les vaisseaux lymphatiques du vagin peuvent se répartir en trois catégories : ceux émanant des bords latéraux du tiers supérieur du vagin qui se rendent dans la région de bifurcation des iliaques interne et externe et vont se déverser dans le groupe supérieur de la chaîne ganglionnaire hypogastrique; ceux qui, desservant le tiers moyen du vagin, se rendent soit aux ganglions hypogastriques inférieurs, soit vers quelques rares ganglions situés de part et d'autre du rectum vers la naissance de l'hémorroïdale moyenne; soit enfin ceux qui se terminent dans les ganglions ano-rectaux, tributaires eux-mêmes des ganglions hémorroïdaux supérieurs et méso-rectaux qui naissent du tiers inférieur du vagin et qui, se confondant avec le réseau vulvaire, vont aboutir aux ganglions inguinaux. Il en résulte que, si la propagation cancéreuse du vagin peut se faire par voie lymphatique vers la plupart des organes du pelvis et en particulier le rectum, si même ces tumeurs peuvent en quelque sorte s'extérioriser

en venant par métastase ulcérer les ganglions inguinaux comme dans les deux cas signalés par Bernard, cette propagation devra, pour atteindre l'urètre et la vessie, procéder par invasion lente et continue des tissus qui l'en séparent.

Nous avons dit que les deux principales formes cliniques du cancer vaginal sont la forme végétante papillaire exubérante reposant sur une base indurée et saignant au moindre contact et la forme infiltrée, nodulaire. La première conserve pendant quelque temps sa mobilité, mais elle ne tarde pas à envahir le vagin tout entier, à s'ulcérer et donne lieu à des écoulements ichoreux et fétides. Au contraire, dans la seconde, la néoplasie s'enfonce dans les parois vaginales sous forme de noyaux durs. Ce sont eux qui constituent ces vastes cancers annulaires sténosants et ces infiltrations totales du vagin qui, dans bien des cas, rendent le toucher fort difficile, parfois même ne permettent pas l'introduction d'un seul doigt et empêchent tout examen au spéculum.

Il va de soi que de telles sténoses lorsqu'elles coïncident avec un état de grossesse avancée, rendent tout espoir d'accouchement spontané illusoire. A vrai dire, ces formes-là saignent moins facilement que les précédentes, mais lorsque leur surface est largement fissurée, elles peuvent donner lieu à des hémorragies extrêmement graves.

MARCHE ET ÉVOLUTION. — Au début, la lésion est limitée. Il s'agit d'une affection très localisée qui laisse au vagin toute sa mobilité relativement aux organes voisins. Cependant, même dans les cas tout à fait au début et particulièrement dans les formes nodulaires, il est bon de savoir ainsi que Krönig l'a fait remarquer, qu'alors que la muqueuse paraît intacte, il peut déjà, en raison de la très faible épaisseur des parois vaginales, exister des traînées de cellules cancéreuses, s'étendant à de grandes distances des foyers primitifs.

Mais, d'ordinaire, l'extension ne se fait pas ainsi d'emblée

et constitue une deuxième étape vers la généralisation; elle se fait alors par voie lymphatique, quelquefois par voie veineuse directes ou même rétrogrades.

Dès lors, en nous souvenant de la distribution des vaisseaux lymphatiques vaginaux et de la localisation fréquente du cancer à la paroi postérieure, il est aisé de comprendre que le rectum sera l'un des organes le plus souvent et le plus précocement envahi. Cette notion rend tout à fait logique et légitime, au moins en théorie, la conclusion de Carlier qui estime que seule, une large exérèse par voie abdomino-périnéale comprenant le rectum avec l'arbre génital tout entier, peut assurer à la malade le maximum de chances de guérison.

Lorsque le cancer se trouve très haut situé dans le dôme vaginal et mérite le nom de cancer liminaire que lui a donné Pozzi, nous avons vu qu'il progressait par double extension mais en s'attaquant surtout au col utérin. Quant aux néoplasies de la paroi antérieure, elles cheminent, mais plus lentement, ne pouvant utiliser de voie lymphatique vers l'urètre et la vessie. En dehors de ces propagations les plus habituelles, l'extension cancéreuse peut se porter vers le péritoine ou le plancher pelvien.

Cliniquement, l'invasion des organes péri-vaginaux se marque, soit par une fixation du vagin, soit par une mobilisation massive de tout le bloc vésico-vagino-rectal, et, dès lors, apparaissent les douleurs spontanées qui, absentes au début, deviennent atroces et s'irradient suivant le sens de la propagation, soit vers la région lombaire, soit vers les fosses iliaques, en prenant même parfois la forme de douleurs d'expulsion.

Quant à l'envahissement ganglionnaire qui marque le début de la généralisation et fixe, au moins en principe, les limites de l'opérabilité, il est le plus souvent extrêmement difficile à apprécier sauf dans les localisations basses où l'on peut constater l'engorgement et la tuméfaction des ganglions inguinaux,

Tout au contraire, dans les formes hautes, l'adénopathie pelvienne ne sera souvent reconnue qu'au cours de l'intervention. Pour les localisations moyennes on peut, à la rigueur, essayer de rechercher l'envahissement de quelques rares ganglions situés de part et d'autre du rectum; mais cette recherche est assez malaisée et ne donnera que des renseignements inconstants.

Quant à la phase terminale, elle est souvent hâtée par la fistulisation des cloisons recto et vesico-vaginales qui transforme cette région en un vaste cloaque, siège d'infections secondaires, de putréfaction et de fermentations abominables qui, venant s'ajouter à la cachexie banale de tous les cancéreux, rendent la situation de ces malheureuses victimes vraiment lamentable.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Au début, le cancer primitif du vagin évolue d'une manière insidieuse, généralement sans douleur: c'est tout juste s'il existe quelques pertes blanches ou bien un léger suintement séro-sanguinolent. Quelquefois, c'est une véritable perte de sang survenant en dehors des règles ou après la ménopause qui attire l'attention de la malade: souvent aussi, c'est tout à fait par hasard, au cours d'un examen gynécologique, que le médecin découvre la lésion: parfois c'est à la suite du simple contact d'une canule d'injection ou après le coït qu'il se produit un léger écoulement de sang ou bien après un effort et en particulier la défécation.

La douleur très inconstante a des caractères extrêmement variables: tantôt elle accompagne l'hémorragie, tantôt elle la précède quand elle ne la suit pas: c'est souvent un simple prurit vulvaire, une démangeaison de la face interne des cuisses ou bien une impression de cuisson: elle peut être sourde, térébrante et permanente tout aussi bien que ponctive et paroxystique. La malade est souvent incapable de la bien localiser. Elle dit souffrir du ventre, elle indique la région sacrée, le trajet du sciatique, ou se plaint de cystalgie et d'épreintes rectales.

On a voulu voir dans ces diverses localisations algiques, l'indication des diverses formes extensives du néoplasme: à

vrai dire, il n'y a là que des éléments de présomption et l'on risquerait fort, en leur attribuant une valeur trop absolue, de commettre très fréquemment des erreurs.

Le symptôme le plus constant d'un cancer du vagin au début est fourni par les pertes ichoreuses et fétides, ces « eaux rousses » qui presque toujours attirent d'abord l'attention de la malade et quelquefois impressionnent l'entourage en raison même de leur odeur particulièrement nauséabonde.

L'inspection ne fournit souvent que des indications peu importantes. Il est vrai qu'on peut remarquer de l'érythème ou des ulcérations vulvaires par irritation des liquides sécrétés, mais dans ce cas-là, l'odeur perçue à distance a déjà mis en garde le médecin et les constatations visuelles qu'il peut faire ne viennent que confirmer sa première et fâcheuse impression. D'ailleurs ces phénomènes irritatifs isolés peuvent exister dans bien des cas d'infection chronique du vagin ou de l'utérus et en l'absence de toute néoplasie.

Parfois, cependant, la tumeur bas située ou déjà extrêmement développée, peut venir faire saillie à la vulve et se révéler au premier coup d'œil; mais on devra alors se garder de la confondre avec certains polypes ou certains prolapsus ulcérés.

En toutes circonstances, c'est au toucher vaginal que le praticien devra avoir recours, car c'est lui qui lui fournira les données les plus importantes et les bases les plus sûres de son diagnostic clinique.

Nous avons déjà vu que dans certains cas d'infiltration totale du vagin le toucher est à peu près impraticable; il l'est également lorsque le cancer, très bas situé, presque vulvaire, permet à peine l'introduction d'un seul doigt et cela au prix de douleurs intolérables. Mais quand il est possible, c'est-à-dire dans la majorité des cas, le doigt reconnaît assez aisément d'abord, l'existence d'une tumeur ainsi que sa localisation, son étendue, sa propagation, sa consistance, ses rapports avec les organes voisins; sa forme,

tantôt bourgeonnante et fongueuse sur base indurée, tantôt infiltrée en nappe, donnant au doigt une sensation de parchemin mouillé à surface accidentée par des ulcérations, des failles plus ou moins profondes. Après le toucher, le doigt ramène presque toujours, et c'est un signe des plus importants, un peu de sang.

Il est nécessaire de confirmer les renseignements obtenus par le toucher rectal, combiné ou non au toucher vaginal. On appréciera ainsi la souplesse ou l'induration de la cloison recto-vaginale, la mobilité ou l'adhérence de la tumeur lorsque celle-ci est située sur la paroi postérieure.

Par le spéculum on obtiendra des renseignements topographiques et morphologiques plus précis encore et on lui demandera de contrôler les notions fournies par le toucher.

On devrait, pour être complet, rechercher l'existence de l'adénopathie, mais nous savons déjà que la seule adénite inguinale, signature d'une néoplasie paravulvaire, est perceptible à la palpation.

Quant à l'état de la malade, il se conserve souvent excellent, et cela jusqu'aux approches de la cachexie qui, la plupart du temps apparaît moins d'un an après le début de la maladie. Cette cachexie ne présente aucun caractère particulier. C'est la cachexie cancéreuse banale avec amaigrissement considérable, xanthothermie à teinte jaune paille avec hypo ou dysfonctionnement de tous les organes et appareils. C'est à cette période que tous les phénomènes précédents s'aggravent : douleurs, hémorragies, etc., et que certaines complications telles que fistules vésico et recto-vaginales, viennent hâter l'issue de cette implacable maladie. Son évolution est généralement assez rapide, sauf dans les formes fibreuses ou leucoplasiques qui peuvent être lentes et se prolonger pendant quatre à cinq ans, mais on peut considérer que, en l'absence de toute intervention, la mort survient par cachexie en dix-huit mois ou deux ans.

Il est à remarquer que, par le fait même de la marche rapide des lésions, les métastases sont extrêmement rares.

exceptionnelles, dans le cancer primitif du vagin; par contre, les complications sont fréquentes. Elles surviennent, soit par perforation des organes voisins, tels que la vessie et le rectum, soit par propagation péritonéale, soit encore par compression vasculaire qui provoque l'œdème des membres inférieurs, soit enfin par compression de l'urètre, du col vésical, mais plus souvent des uretères qui embrassent en quelque sorte le vagin d'arrière en avant et de dehors en dedans, et qui, rarement envahis eux-mêmes, se trouvent souvent étranglés par une gangue d'infiltration cancéreuse, se moulant sur eux et provoquant ainsi par occlusion progressive une hydronéphrose avec toutes ses conséquences. La néphrite est en effet une complication assez fréquente et très grave.

Nous notons l'observation d'une femme chez laquelle une néphrostomie d'urgence dut être pratiquée avant toute possibilité d'intervention ou de traitement du foyer cancéreux lui-même.

Les néphrites parfois d'origine toxi-infectieuse par ulcération et infection secondaire des tumeurs, plus souvent d'origine mécanique par compression, s'accompagnent d'une énorme distension du rein avec destruction massive de son parenchyme, parfois même accompagnées de suppuration, et donne naissance, si l'on n'intervient pas, à des phénomènes urémiques progressifs qui, ainsi que l'a montré Maurice Renaud, sont remarquablement silencieux ou du moins atténués comparativement aux lésions considérables relevées à l'autopsie.

On note en effet peu d'œdème, presque jamais d'hématurie, on ne constate point de symptômes nerveux ou pulmonaires dramatiques, mais simplement un syndrome urinaire très discret, quelques signes de lente intoxication et une déchéance progressive sans expression clinique spéciale. La rétention azotée est exceptionnelle puisqu'à la période d'état, l'urée sanguine s'élève à peine à 20 ou 30 cgrs pour atteindre tout au plus 1 gramme à la période terminale. La

tension artérielle ne s'élève pas davantage sans qu'on puisse expliquer ce fait par une défaillance du myocarde qui n'est ni hypertrophié ni dilaté. On ne peut pas considérer légitimement comme une complication l'extension par simple propagation au col et au corps utérins, bien qu'elle constitue un facteur sérieux d'aggravation.

Une éventualité qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens et les gynécologues, est celle d'une grossesse survenant au cours de la maladie. S'il est intéressant de savoir, en effet, que la grossesse est une complication qui donne un véritable coup de fouet au cancer, il est peut-être plus utile de se préoccuper des répercussions que peut avoir le cancer sur la grossesse et aussi à un point de vue plus pratique, si la grossesse peut être menée à terme, des complications et des dystocies que peut créer le cancer au moment de l'accouchement. Il semble, au moins lorsque le cancer n'est pas trop avancé, que l'enfant ne souffre pas de la grave maladie qui menace l'existence de sa mère. Souvent il vient au monde avec un poids normal et s'élève dans d'assez bonnes conditions.

L'accouchement est quelquefois spontané dans les formes végétantes et non sténosantes, mais il peut s'accompagner de déchirures graves par suite de la friabilité des parois. Par contre, dans les formes d'infiltrations sténosantes totales du vagin où ce canal est devenu rigide et extrêmement rétréci, il oppose un obstacle infranchissable au mobile fœtal, provoque la rupture de la poche des eaux, ce qui entraîne la rétention et la mort du fœtus, qui a pour conséquence la mort de la mère par infection. Même quand l'accouchement se fait spontanément, il se produit d'une manière à peu près constante des hémorragies extrêmement redoutables auxquelles peut immédiatement succomber la femme. Si elle y survit, la voie est encore ouverte à toutes les infections septiques qui, à brève échéance, risquent encore de menacer son existence. Quelquefois enfin, l'accouchement est prématuré et se produit ainsi que dans l'observation de Wurst,

vers le 7 mois, comme si la nature, consciente des difficultés créées par l'affection maternelle, voulait réduire au minimum celles pouvant provenir du poids et du volume du fœtus à terme. Trop souvent aussi la grossesse est interrompue et se termine par un avortement.

Il semble donc qu'en présence d'un cancer du vagin compliqué de grossesse, la conduite du chirurgien doive être la suivante : Pendant la grossesse et si elle n'a pas dépassé les cinq premiers mois, ne point s'occuper du fœtus dont la viabilité est encore des plus problématique et intervenir sans délai si on a affaire à un cas opérable. Si la grossesse a dépassé cinq mois, on peut, on doit même patienter dans les cas de cancer incipiens, si, *a fortiori*, le cancer est très avancé et a dépassé ou même atteint les limites de l'opérabilité, l'expectation s'impose.

Peut-être, ainsi que nous le rapportons dans une observation, devrait-on essayer dans les cas favorables, c'est-à-dire sur les cancers encore bien limités et non sténosants, d'instituer un traitement radiumthérapique qui, en préparant des conditions d'accouchement très voisines des conditions normales assurerait à la mère une survie assez longue et peut-être même ce qu'on est convenu d'appeler la guérison. Il va sans dire que pendant le travail seule la vie de l'enfant importe et que l'on doit pratiquer sans hésitation une césarienne dès qu'elle paraît indiquée.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Par l'interrogatoire on saura déjà si la malade a remarqué l'existence de pertes blanches, de suintements roussâtres; ce pourquoi elle vient le plus souvent consulter son médecin. Elle dira si elle éprouve des douleurs, des troubles de la défécation ou de la miction; en somme, elle décrira quelques-uns des symptômes subjectifs ou même objectifs que nous avons déjà énumérés.

C'est au toucher et au spéculum que le praticien devra accorder le plus de crédit. Généralement le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés, surtout dans les cas un peu avancés, lorsqu'on se trouve en présence d'hémorragies fréquentes survenant entre les règles ou après une ménopause, lorsqu'il existe des pertes ichoreuses fétides; lorsque le doigt tombe sur un noyau ou une plaque indurés mal délimités ou sur des formes végétantes, fongueuses, ulcérées et qu'il ramène après le toucher un peu de sang. Le spéculum complètera et précisera l'examen. Le toucher rectal délimitera l'extension dans la paroi postérieure. La cystoscopie indiquera s'il y a propagation vers les uretères ou vers la vessie. La découverte de l'adénopathie confirmera le diagnostic clinique d'une néoplasie du vagin. Mais surtout, ce qu'il ne faut pas oublier de faire toutes les fois qu'on a les moyens de pratiquer un examen histologique, c'est une biopsie de la tumeur, seul moyen d'éviter une erreur de diagnostic toujours possible, car évidemment avant de fixer

la nature d'une tumeur il convient de s'assurer de son existence.

Bonnefous cite le cas de M^{me} Boivin et de Dagès qui « ont vu une éponge incrustée de sels calcaires dans une tumeur sensible, boursoufflée, fongueuse »; il ajoute que « Dupuytren dut pratiquer une opération pour extraire de l'intérieur de productions bourgeonnantes du cul-de-sac vaginal un pot de pommade ».

Ces cas ne sont pas très rares puisqu'à la séance du 6 mars 1895 de la Société de chirurgie, Segond rapportait le cas d'une malade qui, à l'âge de 15 ans, s'était introduit dans le vagin un pot de pommade, conservé, bien toléré jusqu'à l'âge de 31 ans, époque à laquelle se produisit une brèche recto-vaginale avec péritonite. Le Dentu, à la même séance, citait un cas personnel : il s'agissait cette fois-ci d'un pot de vaseline ayant également provoqué une fistule. Pozzi dit avoir vu un pessaire « oublié et enseveli dans une certaine étendue sous la muqueuse qui passait au-dessus de lui à la manière d'un pont; pour l'extraire on dut inciser cette sorte d'opercule »; il ajoute que « dans d'autres circonstances le corps étranger devient tolérable par un mode particulier qui rappelle le processus de guérison de quelques néoplasmes : la calcification ».

Il ne faut pas confondre certains cancers circulaires sténosants avec un rétrécissement circulaire du vagin que peut amener par irritation un corps étranger d'un certain volume. Pozzi rappelle à ce sujet que « Pearse, Kottmann, Carter, Breisky, Broer, Winternitz, ont vu une oblitération presque complète de ce canal au-dessous d'une bobine qui s'était pour ainsi dire enkystée dans la partie supérieure du vagin ». Enfin, il ne faut point commettre l'erreur inverse et conclure, du seul fait que l'on découvre à l'origine d'une tumeur la trace irritative d'un corps étranger, qu'il ne s'agit point d'un néoplasme. Maly rapporte le cas « d'un pessaire ayant séjourné dans le vagin 39 ans presque sans interruption, qui avait déterminé une plaie, point de départ

d'un carcinome, l'ulcération représentant exactement l'empreinte du pessaire alors que le reste de la muqueuse vaginale était intacte ». Veit cite 6 cas analogues.

Le diagnostic de tumeur étant posé et vérifié, on doit, après examen éliminer l'hypothèse d'un lipome, d'un myome, d'un fibro-myome, d'un kyste, en se basant pour cela sur les caractères physiques de la tumeur tels que consistance, fausse fluctuation, mobilité ou adhérence à la muqueuse, absence d'induration, lenteur d'évolution, etc. La présence du kyste dans le vagin s'expliquerait en effet par une persistance anormale du canal de Gartner qui, chez la truie, est bien développé.

On distinguera facilement un épithélioma en nappe de la colpolhyperplasie kystique de Winckel qui est souvent une vaginite emphysémateuse. Quant aux kystes uni ou pauciloculaires dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf et qui entraînent souvent le prolapsus du vagin, on les reconnaîtra aux caractères suivants : Ils se présentent sous l'aspect d'une tumeur arrondie, lisse, sessile ou plus souvent avec tendance à la pédiculisation; la muqueuse conserve son apparence normale, la fluctuation peut être difficile à percevoir lorsque le kyste est petit et induré. Dans l'effort, la tumeur fait saillie et peut être prise pour un cystocèle, si elle siège sur la paroi antérieure.

Le fibrome du vagin, assez rare, siège généralement dans la partie basse de la paroi antérieure du vagin; il peut se pédiculiser et prendre la forme d'un polype; parfois, il se ramollit, s'œdématie et même s'ulcère. Ces modifications rendent le diagnostic parfois assez délicat.

Il est malaisé de différencier l'épithéliome d'un sarcome ulcéré; celui-ci a, il est vrai, une base d'implantation moins large, mais les autres caractères différentiels qu'on veut bien lui accorder, tels qu'une consistance plus homogène, son apparition dans le jeune âge, son siège de prédilection sur la paroi antérieure sont beaucoup trop inconstants ou difficiles à préciser pour qu'on puisse toujours établir d'après eux un diagnostic clinique ferme.

En effet, si en présence d'un sarcome de l'enfance, en grappe de raisins, ce doute n'est point permis en raison précisément de l'âge de la malade et de l'aspect de la tumeur, le sarcome de l'adulte offre des caractères et des symptômes se rapprochant beaucoup de ceux de l'épithélioma au début. Les symptômes initiaux sont comme dans celui-ci : les hémorragies tantôt répétées, peu abondantes et de courte durée, tantôt, au contraire, importantes et profuses; il n'est point rare de constater un écoulement ichoreux, fétide et la maladie demeure assez longtemps indolente.

Dans la forme circonscrite la tumeur a l'aspect d'un noyau arrondi, ferme, résistant, mais la muqueuse demeure plus longtemps intacte que dans l'épithélioma; elle finit cependant par s'ulcérer et donne issue à des pertes sanieuses.

Quant à la forme d'infiltration diffuse, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de la distinguer cliniquement des épithéliomas infiltrés. A noter cependant que les métastases, rares dans l'épithélioma, sont très fréquentes et multiples dans les sarcomes de l'adulte.

Quant à l'endothéliome qui est une tumeur vaginale tout à fait exceptionnelle, le diagnostic ne peut être fait qu'à l'aide du microscope car il affecte les mêmes caractères macroscopiques que l'épithélioma, soit qu'il revête la forme d'une infiltration diffuse, soit qu'il se présente sous l'aspect d'une masse volumineuse.

Le diagnostic d'un chorio-épithéliome primitif dont Briquel a réuni quinze observations, se fera presque toujours d'après les antécédents et grâce à la notion d'une grossesse antérieure ou concomitante. Ces tumeurs n'ont point en effet de siège de prédilection: leurs dimensions sont très variables; elles offrent une coloration grisâtre parsemée de taches hémorragiques rougeâtres ou violacées. Là encore le microscope sera pour le diagnostic d'un secours précieux.

On se gardera également de confondre certains épithéliomas infiltrés et ulcérés avec des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

Dans quelques cas on pourra éliminer le diagnostic de tuberculose vaginale grâce aux antécédents, par l'absence de signes stéthoscopiques pulmonaires et d'expectoration. D'ailleurs, l'ulcération tuberculeuse du vagin se présente avec des bords taillés à pic, inégaux et anfractueux, un fond déprimé, gris jaunâtre recouvert d'un enduit caséeux assez caractéristique. Autour de l'ulcération existent fréquemment des petits grains fermes, opaques, absolument semblables à ceux qui entourent l'ulcération linguale tuberculeuse si bien décrite par Trélat. Le bacille de Koch constaté à la surface de ces ulcérations ou dans les sécrétions vaginales ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion quand on peut le déceler, ce qui n'a pas toujours lieu.

Pour la syphilis, on peut avoir affaire soit à une lésion primaire et dans ce cas le chancre se présente avec ses caractères habituels : il a une base plus indurée, n'est pas douloureux, s'accompagne généralement et d'une manière précoce, s'il est bas situé, d'adénite inguinale, ne donne lieu à aucune perte ni écoulement fétide. En somme, on a affaire à une exulcération et non point à une ulcération véritable. Les lésions secondaires sont représentées par des érosions qui s'étendent beaucoup plus en surface qu'en profondeur et nettement limitées par un contour arrondi. Quant à la gomme ulcérée, elle se reconnaît à ses bords polycycliques et taillés à l'emporte-pièce. Le traitement d'épreuve et le Wassermann dans les cas douteux feraient le diagnostic. Le chancre mou, lorsqu'il s'excave, et prenant des allures phagédéniques décolle les parties voisines, peut créer quelques difficultés de diagnostic; mais il est facile, soit par l'examen bactériologique, soit par l'inoculation, d'en reconnaître la nature.

On ne négligera pas, pour terminer, de faire un examen minutieux des organes voisins afin de se rendre compte si on se trouve en présence d'une tumeur primitive ou secondaire du vagin. La confusion est surtout facile dans les cas de cancer liminaire.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Il est évident que le cancer primitif du vagin comporte encore un pronostic grave ou au moins des plus réservés. Par son évolution très rapide, par ses récurrences si fréquentes qu'on a pu dire qu'elles étaient de règle, il conduit trop souvent ses malheureuses victimes à la mort. Kessler s'est efforcé de déterminer les causes de cette malignité, mais nous ne nous y attacherons pas, étant donné que les explications qu'il propose, demeurent forcément hypothétiques.

Il est plus intéressant de rechercher, si à l'aide de techniques plus perfectionnées, d'exercices plus larges, d'utilisation rationnelle des différentes thérapeutiques dont nous disposons, nous ne pouvons pas espérer, en nous basant sur les résultats déjà obtenus, améliorer ce pronostic.

Nous ne devons pas oublier qu'il y a 25 ans, le cancer du col utérin était considéré comme une maladie à peu près incurable. « Les malades guéries d'un cancer du col, écrit M. le professeur J.-L. Faure, étaient si exceptionnelles que les chirurgiens se demandaient de bonne foi s'il ne fallait pas attribuer ces cures presque miraculeuses à des erreurs de diagnostic. Ce sont là des paroles, ajoute-t-il, que j'ai entendu prononcer par des hommes comme Terrier et Segond. Grâce au travail, grâce à l'obstination des

chirurgiens convaincus qui avaient foi dans le succès final, les cas de guérison prolongée se montrent de plus en plus fréquents. » Si bien, qu'à l'heure actuelle, M. le Professeur J.-L. Faure peut dire que si le pronostic du cancer du col utérin est toujours grave il l'est cependant moins que pour les autres cancers viscéraux.

Il n'est donc pas déraisonnable d'espérer que dans un avenir plus ou moins prochain, grâce aux efforts combinés et opiniâtres des chirurgiens, des radiologues et des médecins, le cancer primitif du vagin voie son pronostic perdre beaucoup de sa gravité; mais il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle, les guérisons prolongées demeurent encore des exceptions.

D'ailleurs, le pronostic varie suivant la forme histologique des lésions. L'épithélioma cylindrique paraît le plus apte à bénéficier des moyens thérapeutiques dont nous disposons. Nous ferons remarquer à ce sujet, que l'observation I est relative à un cas d'épithélioma très différencié d'origine probablement cylindrique ce qui, en expliquant, dans une certaine mesure, la persistance de la guérison, est dans ce cas particulier, un élément favorable de pronostic permettant d'espérer pour l'avenir l'absence de récurrence.

Malgré certaines opinions récentes, l'épithélioma pavimenteux spino-cellulaire doit encore comporter un pronostic plus réservé que l'épithélioma baso-cellulaire. D'ailleurs, d'une manière tout à fait générale, Durante pense avoir pu établir le pronostic de certaines tumeurs d'après le degré de réaction du tissu conjonctif qui, constituant une défense plutôt contre l'agent irritatif primordial que contre l'épithélioma envahissant, peut cependant retarder la marche de la tumeur et parfois en amener la guérison.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La thérapeutique du cancer du vagin s'inspire naturellement des hypothèses étiologiques et pathogéniques qu'on en a établi.

Pour la plupart des auteurs, sans préjuger de la nature de l'agent ou du facteur cancérigène primordial, c'est-à-dire pour tous ceux qui admettent l'une ou l'autre des deux grandes théories parasitaire ou cellulaire, le cancer constitue, à son début et pendant un temps variable, une maladie locale. Pour eux, c'est donc une maladie curable à sa phase locale d'où la nécessité, pour traiter le cancer avec quelques chances de guérison, de le faire d'une manière très précoce avant qu'il ait eu le temps de se généraliser et de le traiter soit par l'exérèse du foyer cancéreux, soit par sa destruction à l'aide du radium, de la radiothérapie profonde ou de tout autre agent physique ou chimique susceptible d'amener la cytolyse des cellules malades en respectant l'intégrité et la vitalité des tissus sains qui les entourent.

Pour d'autres, qui sont la minorité, la tumeur cancéreuse serait en quelque sorte la révélation d'une maladie générale ou d'un état, d'une diathèse dyscrasique par dysfonctionnement des glandes endocrines et altération de leurs sécrétions. Ils cherchent donc à agir sur la tumeur

d'une manière indirecte en modifiant le terrain et en renforçant les réactions défensives de l'organisme, en rétablissant en quelque sorte les conditions normales d'un métabolisme altéré.

Pour ce faire, ils ont recours soit à certains agents chimiques (chimiothérapie), soit à des extraits de glandes endocrines (opothérapie).

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical du cancer primitif du vagin sera curatif ou palliatif. Dans tous les cas où la tumeur sera encore limitée ou n'aura pas envahi trop profondément les organes voisins, tant qu'elle ne se sera pas propagée par voie lymphatique à des ganglions trop éloignés du foyer initial ou pourra, en pratiquant l'ablation large de ce foyer, de tous les tissus environnants, de tous les ganglions encore indemnes, tributaires de la région, espérer obtenir une véritable guérison de la maladie. Quand, au contraire, on se trouve en présence d'un cancer déjà ancien ou à extension extrêmement rapide, lorsque l'état général est devenu mauvais, lorsqu'il existe des fistules recto ou vésico-vaginales, les limites de l'opérabilité sont alors dépassées et la chirurgie ne trouve guère plus l'occasion légitime d'intervenir que dans certains cas, plutôt rares, où les voies urinaires ou le rectum ne pouvant plus assurer leurs fonctions, il s'agit simplement d'apporter à la malade un soulagement en pratiquant par exemple une néphrostomie ou en dérivant le cours des matières fécales vers un anus artificiel (observations n° II et n° IV).

Nous ne nous occuperons que des interventions curati-

ves, c'est-à-dire de celles qui en débarrassant l'organisme des lésions cancéreuses, prétendent le mettre à l'abri d'une extension fatale du mal et même d'une récidive.

Les premières opérations que l'on a tentées étaient des interventions économiques qui se bornaient à exciser les tissus cancéreux en faisant porter l'incision en tissus d'apparence saine; mais Krönig nous a appris qu'en raison de la structure de la paroi vaginale, de sa faible musculature, bien souvent des zones en apparence saines sont déjà infiltrées de quelques traînées de cellules cancéreuses et cela parfois à d'assez grandes distances du foyer primitif.

Ceci nous explique les résultats déplorables de l'excision de Hegar et Kaltenbach qui, après agrandissement de la vulve par deux incisions latérales, se bornaient à circonscrire la tumeur. D'après Pichevin, il y avait 100 % de récidives précoces et Martin avouait que « Toutes ses malades avaient succombé à la récidive quoiqu'il fût absolument certain que ses incisions eussent empiété sur les parties saines. » C'est cependant par un procédé analogue (c'est-à-dire par voie vulvaire élargie à l'aide de deux incisions) que Leguen put enlever tout un vagin avec la paroi du rectum correspondante et eut l'agréable surprise d'assurer ainsi à sa malade une survie de plus de vingt ans qui peut être pratiquement considérée comme une guérison. Or, il s'agissait d'un vagin envahi par une tumeur végétante et papillaire de la paroi postérieure qui se prolongeait dans tout le cul-de-sac gauche et provoquait des douleurs spontanées extrêmement vives. Mais ces cas heureux étaient exceptionnels.

On a pensé alors qu'on obtiendrait de meilleurs résultats si, en se donnant plus de jour, on pouvait élargir le champ de l'exérèse. En 1895, Olshausen appliqua à l'extirpation du vagin la périnéotomie que Zuckerkandl avait indiquée en 1889 pour l'extirpation de l'utérus. Cette méthode consiste, après incision transversale du périnée, à doubler la cloison recto-vaginale jusqu'au Douglas — ma-

nœuvre parfois fort délicate lorsque cette cloison est déjà infiltrée — puis à faire saillir la tumeur dans le vagin et à exciser largement. On peut d'ailleurs par cette même voie, lorsque le col est infiltré, compléter l'opération en effondrant le cul-de-sac, en renversant l'utérus en arrière, en sectionnant les ligaments larges et en les liant au fur et à mesure des trompes vers le col ou achever l'hystérectomie en décollant l'utérus de la vessie. Pozzi termine l'opération par une périnéorraphie à la Lawson Tait. Les résultats obtenus par cette intervention ne sont guère meilleurs que les précédents puisque sur 16 malades opérées dans la clinique de Olshausen on compta 15 récidives rapides.

La méthode de Dührssen diffère quelque peu de la précédente en ce sens qu'au lieu de faire une périnéotomie transversale, il fait une profonde incision vagino-périnale se poursuivant jusqu'à une ligne idéale unissant l'anus à l'ischion. De cette incision en part une deuxième qui circonscrit et sépare le néoplasme des tissus sous-jacents. On prolonge le décollement jusqu'au cul-de-sac atteint. Ligature et section du ligament large homonyme; ouverture du cul-de-sac antérieur; fixation au moyen de deux pinces du côté du col mis à découvert; section transversale du col entre les pinces; section du deuxième ligament qui seul retient encore le col et toute la partie vaginale réséquée; suture du moignon et de la perte de substance du vagin. Pozzi adoptait ce procédé toutes les fois qu'un vagin trop étroit ne l'obligeait pas à recourir à la périnéotomie.

Citons encore le procédé de Leprévost qui assura dans le cas où il fut employé des résultats fonctionnels excellents sans apporter de récidive au bout de deux ans et que l'on doit considérer comme un cas exceptionnellement heureux. Les récidives, presque de règle, se localisant, ce qui est compréhensible en raison du mode de distribution du réseau lymphatique, dans le tissu pararectal et dans le paramètre, on a songé à s'ouvrir une voie par la région posté-

rière et c'est ainsi que Pozzi rapporte et recommande le procédé employé par Eiselberg qui, après avoir reséqué le coccyx, enleva tout le néoplasme et établit un anus artificiel dans la région sacrée, puis sutura la plaie et, après abaissement de l'utérus, en fixa le col au niveau de la peau. C'est dans le même but que Lauenstein et Herzfeld, Fritsch, Thorn, Peters songèrent à appliquer la méthode de Kraske à l'extirpation des cancers vaginaux par voie sacrée. Krönig demande : « Pourquoi enfoncer un mur puisque la porte est ouverte ? » Quant à Martin, il juge que ce ne peut être là qu'une méthode d'exception, ce qui est fort admissible en raison des grosses difficultés d'exécution, de l'exiguïté du champ opératoire et de la difficulté d'extirpation des ganglions pelviens.

C'est à une technique différente qu'a eu recours Hauffmann. Il libère circulairement la vulve et le vagin qu'il ferme puis ouvre le ventre pour dégager l'utérus et le vagin, revient vers le périnée pour extraire ces deux organes par en bas et, enfin, dans un dernier temps, péritonise le bassin et ferme le ventre.

M. le Professeur J.-L. Faure estime que cette méthode est « inutilement compliquée » et présente le grave inconvénient de nécessiter plusieurs changements dans la position opératoire et d'aller deux fois opérer dans le ventre après avoir fait des manœuvres périnéales. Il pense que le procédé de Pierre Duval est beaucoup plus simple et lui est très supérieur.

« Ce n'est qu'une application à l'extirpation du vagin seul de l'ancien procédé de Bardenheuer qui, dès 1881, associa dans l'hystérectomie pour fibromes la désinsertion du vagin par le périnée, à l'extirpation de l'utérus par l'abdomen. Depuis cette époque, cette hystérectomie abdomino-périnéale a été faite bien souvent, soit pour le fibrome, soit pour le cancer, avec de légères variantes.

Delagenière, Boldt, Rouffart, Jacobs, Chaput, Routier et bien d'autres l'ont exécutée... » Le grand avantage que M. le

Professeur J.-L. Faure reconnaît à cette technique est, non point comme le pense Duval « de permettre de suivre d'une façon beaucoup plus étroite les règles de l'aseptie », mais de permettre, par la désinsertion première du vagin d'agir conformément au principe en vertu duquel, dans toute hystérectomie, il faut, pour faciliter autant que possible l'opération, surtout dans les cas difficiles, attaquer l'utérus et ses annexes par leur pôle inférieur et les priver de leurs attaches au plancher pelvien de façon à les enlever de bas en haut. M. le Professeur J.-L. Faure fait remarquer que la désinsertion vaginale est suffisante pour permettre d'attirer l'utérus vers la plaie abdominale afin d'éviter de travailler dans la profondeur et de faciliter la dissection péri-cervicale en voyant les uretères et en permettant de les dégager sans les blesser ni les dénuder de manière exagérée de la gangue inflammatoire ou néoplasique qui peut parfois les englober. En effet, une fois les attaches vaginales rompues, les ligaments larges n'offrent pas de grande résistance et les ligaments utéro-sacrés qui peuvent s'opposer à l'abaissement de l'utérus ne s'opposent pas à son élévation. Enfin, dans le cas particulier du cancer du vagin, cette méthode a le grand avantage de permettre d'enlever plus facilement une plus grande hauteur de vagin et même le vagin tout entier alors que dans l'hystérectomie abdominale il est bien difficile de dépasser sa partie moyenne.

Imbert et Piéri, ayant assisté à une hystérectomie de Pollosson pour cancer utérin, pensèrent qu'on pourrait combiner cette voie abdominale avec la voie périnéale pour le traitement chirurgical du cancer du vagin. Ils firent à ce sujet une communication à la Société de Chirurgie, en 1905. La colpolhystérectomie qu'ils préconisent comprend un premier temps vaginal et un deuxième temps abdominal. Cette méthode fut employée par Mazet, Martin, Faure, mais les malades furent perdues de vue.

Proust donne en 1907, dans un excellent article, la technique de l'opération de Schuchardt légèrement modi-

fiée par Schauta qui consiste dans une colpohystérectomie totale par voie périnéale. Cette intervention a pour but d'offrir les mêmes avantages de facilité d'accès et de possibilité d'une exérèse large et complète que l'opération de Wertheim mais sans comporter les risques toujours sérieux de choc opératoire qui accompagnent une laparotomie.

Le nom même que lui donne Schuchardt: «Die erweiterte *vaginale* Totalexstirpation» par opposition à celle de Wertheim : «Die erweiterte *abdominale* Totalexstirpation», montre bien le but thérapeutique qu'il poursuivait. Le principe capital de cette intervention est une incision auxiliaire para-vaginale longue de 18 à 20 cm., intéressant tous les plans du périnée, donnant grandement jour sur la base du ligament large et permettant de réséquer largement le paramètre et le vagin après dissection des uretères.

La modification apportée par Schuchardt consiste à fermer le vagin dès le début et à enlever le cancer en sac clos; 1° décollement circulaire et fermeture du vagin; 2° incision para-vaginale auxiliaire; 3° dissection de la vessie et des uretères; 4° libération des bords latéraux du vagin et dissection de la base du paramètre, qui permet de remonter jusqu'au Douglas; 5° ouverture du péritoine, ablation de l'utérus et du vagin; 6° fermeture du péritoine et reconstitution de l'anneau vulvaire. On place une mèche de drainage qui sort par l'orifice vulvaire, et qu'on retirera le huitième jour.

Les accidents opératoires possibles sont une blessure accidentelle de la vessie ou une section d'un uretère. Sur 218 opérations, la vessie a été blessée 8 fois, les uretères 9 fois. En présence de ces accidents, la suture immédiate de la vessie s'impose lorsqu'elle est lésée et lorsqu'un uretère est rompu, on doit s'efforcer de pratiquer sa réimplantation immédiate sur la vessie ou, dans le cas où cette manœuvre est impossible, sa fixation hors de la plaie vaginale. Sur les 218 opérations pratiquées, la mortalité fut de 11 % avec 51 % d'opérabilité. Le procédé de Schuchardt

non modifié donnait une mortalité à peine supérieure puisque sur 58 opérations il compta 7 morts, ce qui constitue une mortalité de 12 %; 25 des cas opérés furent suivis pendant 5 années au bout desquelles on constata 10 survies; on peut donc considérer que le coefficient de survies opératoires durables est dans les environs de 40 %.

En juillet 1922, M. le Professeur Bégouin fit une extirpation en bloc de l'appareil génital et du rectum par voie combinée abdomino-périnéale.

1° Temps abdominal : (a) création d'un anus iliaque avec le bout supérieur de l'anse sigmoïde sectionnée; (b) hystérectomie totale; (c) section du méso-sigmoïde; (d) ligature de l'hémorroïdale supérieure; (e) libération du rectum dans toute la concavité sacrée aussi profondément que possible; (f) péritonisation; (g) hémostase soigneuse.

2° Temps périnéal : (a) résection de tout le vagin sauf du quart antérieur de la partie supérieure; (b) Mikulicz. Durée totale de l'opération : 2 heures 30. La durée des suites opératoires fut de 5 mois et Carlier constatait dans sa thèse en rapportant cette observation que, 18 mois après, l'opérée était en excellente santé. Nous sommes heureux de pouvoir ajouter qu'à l'heure actuelle cet état se maintient, ce qui constitue une guérison persistant depuis près de 3 ans.

En somme, nous retiendrons de tout cela que l'excision simple doit être réservée aux néoplasmes extrêmement bas situés dans le vagin et très limités, survenant par exemple au cours d'une grossesse ou mieux encore aux épithéliomas de la fourchette dont nous rapportons deux observations, n^{os} VII et VIII. Mais lorsque le cancer se trouve situé vers la partie supérieure du vagin, à plus forte raison lorsqu'il existe une propagation au col, la colpohystérectomie totale s'impose et le mieux est alors d'utiliser la voie abdominale pure ou abdomino-périnéale. En s'aidant de la position de Trendelenburg, on a un jour suffisant sur le champ opé-

ratoire qui permet de voir les uretères et au besoin de les dégager dans de bonnes conditions. Mais, lorsque la néoplasie s'étend sur la paroi postérieure et prend la forme infiltrée, il est sage pour l'avenir de la malade de ne point hésiter devant une intervention plus traumatisante et plus mutilante et d'enlever en un seul bloc l'arbre génital tout entier et la partie du rectum sous-jacente à la tumeur.

Mais il est très évident qu'on ne saurait sans exagération poser en principe que tout cancer du vagin est justiciable d'un tel traitement qui, s'il paraît offrir de plus grandes chances de guérison au prix d'une mutilation considérable, est incapable cependant d'en donner la certitude. C'est donc une méthode à réserver à des cas très spéciaux.

On pratiquera la colpolystérectomie par voie périnéo-vaginale élargie lorsqu'on est en droit de supposer que la propagation cancéreuse n'a point encore gagné les tissus péri-cervicaux et que les uretères non entourés de tissu inflammatoire infiltré seront d'une dissection facile. Cependant, cette méthode paraît inférieure à la précédente et on ne pourra légitimement lui donner la préférence que lorsque l'état de la malade demande qu'on réduise au minimum les risques de choc opératoire.

Voici, d'après Polosson, les indications opératoires dans le cancer du vagin : Il estime que la voie à suivre dépend du siège de la tumeur. Lorsqu'elle est située dans le tiers supérieur, la méthode abdominale s'impose : lorsqu'elle est située dans le tiers moyen et qu'elle est limitée et mobile, la méthode abdominale pure peut encore suffire : mais, lorsque tout en étant située dans le tiers moyen, elle est fixée, ou bien lorsqu'elle siège au niveau du tiers inférieur, on doit avoir recours à la méthode abdomino-périnéale. Les malades qui ont survécu à cette opération ont eu des suites immédiates excellentes mais les résultats éloignés ne furent pas des plus satisfaisants : 3 opérées de Polosson par voie abdominale présentèrent une récurrence au bout d'un an — deux dans la cloison recto-vaginale et la troisième

une ulcération sur la cicatrice et un noyau sous-muqueux para-vulvaire — Krönig eut une guérison de 5 ans. Veit une de 3 ans et 7 mois et Brose une de 2 ans et demi.

Voici d'ailleurs ce que disait M. le Professeur Faure à la séance du 10 juillet 1912 à la Société de Chirurgie en parlant d'un néoplasme, situé à la partie supérieure du vagin et empiétant légèrement sur le col, qu'il avait opéré la veille : « Je me suis convaincu au cours de cette opération que la meilleure conduite à tenir, dans ces cas difficiles, est celle qui consiste à traiter ce cancer comme un cancer du col. Lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer situé dans les 2/3 inférieurs du vagin assez loin des culs-de-sac et des uretères, il faut le traiter comme un cancer de la vulve par une excision large par voie périnéale.

» Mais dès que le cancer siège plus haut, dans les culs-de-sac et loin des uretères, si l'on veut agir avec sécurité et quelques chances de réussir, il faut agir autrement. Sans doute, il est possible que dans certains cas où l'on a la bonne fortune d'arriver tout à fait au début, lorsque l'ulcération vaginale est encore tout à fait superficielle, on peut espérer, en exécutant une opération analogue à celle de Schauta, dépasser en dehors, sur les parties latérales du vagin non encore traversé, les limites du cancer et enlever la totalité du mal. Mais dès que le cancer n'est plus tout à fait à son début, il n'y a plus moyen d'enlever par en bas une ulcération vaginale cancéreuse adhérente aux parties profondes. On la déchire et on fait en somme une opération mauvaise.

» Je crois donc que dans ce cas la meilleure conduite à tenir est celle que j'ai suivie... » c'est-à-dire une colpophystérectomie par voie abdomino-périnéale.

TRAITEMENT CURIE ET ROENTGENTHÉRAPIQUE

Sans vouloir entrer dans les détails techniques des traitements récents du cancer du vagin par les agents physiques dont nous disposons, nous ne pouvons passer entièrement sous silence les résultats parfois fort intéressants obtenus par ces méthodes. L'observation n° 14 montre les effets inespérés qu'elles peuvent donner dans certains cas où un traitement chirurgical trouverait difficilement son application.

Il semble que dans le cancer primitif du vagin il y ait avantage à utiliser, toutes les fois que cela est possible, le radium de préférence à la roentgenthérapie pénétrante, du moins dans les cas où les lésions cancéreuses, encore assez nettement limitées, sont accessibles dans toutes leurs parties aux rayons γ .

Lorsque, par contre, elles ont déjà subi une assez grande extension, la radiothérapie profonde, grâce aux appareils dont nous disposons actuellement et qui atteignent 200 à 300.000 volts, peut avoir une action des plus efficaces et complémentaires sur les traînées cancéreuses éloignées du foyer primitif.

« Le faisceau de rayons X, comme l'a dit Clunet, est un bistouri invisible et intelligent qui détruit sur son trajet les cellules nuisibles par leur activité reproductrice désordonnée tout en respectant les éléments normaux. » De là, l'utilité d'associer assez souvent la radiothérapie pénétrante à la curiethérapie.

H. Bailey et H.-J. Bagg emploient dans le traitement du cancer vulvaire et vaginal l'émanation de radium qu'ils

utilisent à l'aide d'appareils spéciaux : « Le Bloc », la « Bombe », la « Pâte dentaire ».

Le « Bloc » contient de 1.000 à 2.000 millicuries de R. A. E. filtré par $2^{m/m}$ de cuivre ou de pb. et $1/2^{m/m}$ d'argent, séparé de la peau par 4 cent. de bois. Ils s'en servent dans le cancer vulvaire pour l'irradiation des lésions locales et pour celle des deux régions inguinales.

La « Bombe » est utilisée pour les lésions vaginales; elle contient 1.000 millicuries de R. A. E. filtré par $1^{m/m}$ de platine. Son application dure en moyenne une heure.

Ils se servent de la « Pâte dentaire » en appliquant sur les lésions externes une capsule de platine contenant 350 millicuries; enfin, ils utilisent le radium non filtré en le plaçant soit dans de petits tubes de verre, soit dans de longs trocars d'acier qu'ils font pénétrer à l'intérieur même de la tumeur.

Ils ont ainsi traité 10 cas de cancer de la vulve avec envahissement des ganglions, 9 de ces cancers étaient des carcinomes spino-cellulaires, le dernier était un myosarcome.

Voici le manuel opératoire qu'ils préconisent :

Pour le cancer de la vulve

1° Irradiation des lésions primitives avec R. A. E.

2° Irradiation des deux aines avec R. A. E.

3° Implantation de tubes R. A. E. non filtré de 0.5 de millicurie qu'ils placent dans la tumeur primitive à $3/4$ de cm. les uns des autres.

4° Dissection des aines quand elle est nécessaire avec irradiation ultérieure par du R. A. E. enfoui.

A l'appui de cette technique, ils rapportent, sur 6 malades traitées, les observations de trois d'entre elles encore vivantes.

Pour le cancer vaginal

1° Implantation dans la tumeur de tubes non filtrés de 0,5 de millicurie chacun.

2° Application directe de R. A. E. filtré à l'aide de la « Bombe ».

3° Six applications de R. A. filtré à l'aide du « Bloc » renforçant l'irradiation du paramètre. Ils rapportent 2 observations dont une avec envahissement et l'autre sans envahissement du paramètre. La disparition complète des lésions fut obtenue. Ils ont traité 18 malades : 5 d'entre elles sont encore vivantes dont 4 demeurent en apparence guéries. Le cas le plus ancien datait de 2 ans.

Ils en concluent que le radium est la méthode idéale pour détruire les lésions primitives, quand on fait précéder l'insertion des tubes d'une application de R. A. très filtré. Ils ajoutent que les tubes de R. A. E. de 0,5 de millicurie ne produisent pas d'escharres ni de douleurs comme le font les tubes plus puissants, par exemple de 5 millicuries.

Les résultats obtenus par le radium ou la radiothérapie sont difficilement comparables à ceux que fournit la chirurgie. Tout d'abord, il faut considérer que ce sont là des thérapeutiques nouvelles qui ont le tort d'être trop jeunes, c'est-à-dire de n'avoir pas eu le temps d'être mises au point.

Jusqu'à ces dernières années, on utilisait ces agents physiques d'une manière très empirique. On faisait agir des doses égales sur des néoplasmes d'âges et de formes histologiques très différents; les doses étaient généralement trop faibles et cela parce que nous ne possédions pas un outillage suffisamment perfectionné, ni des quantités de radium suffisamment grandes. Chaque radiologue s'empressait de publier les cas heureux où la régression des tumeurs avait suivi rapidement l'application et semblait pouvoir être considérée comme une guérison.

De là naquirent des espoirs illégitimes qui, devant la fréquence des récives et le nombre considérable des cas malheureux, devinrent autant de déceptions; si bien qu'après avoir considéré les agents radioactifs comme le remède spécifique et efficace du cancer, on en vint rapidement à douter de leur valeur et il se produisit une sorte de défian-

ce générale dont la conséquence immédiate fut qu'on ne confia plus à ces méthodes physiques les cas favorables mais qu'on leur abandonna seulement les cas désespérés et, en quelque sorte, les « laissés pour compte » de la chirurgie.

Il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, les statistiques radio ou radiumthérapiques, comparées à celles de la chirurgie, fassent figure de parentes pauvres. Ce dont on devrait s'étonner, au contraire, c'est de l'amélioration souvent remarquable apportée par les rayons à des cas tout à fait désespérés où la chirurgie elle-même s'était reconnue incapable d'apporter le moindre soulagement. À l'heure actuelle, il semble que la mise au point de ces divers procédés soit près de se faire et l'on peut dès lors espérer que cette thérapeutique étant appliquée d'une manière plus méthodique et plus rationnelle on en obtienne à l'avenir des résultats au moins égaux sinon supérieurs à ceux que peut nous offrir la chirurgie.

C'est ainsi que M. Regaud estime qu'il est nécessaire de fonder en partie la décision thérapeutique sur un diagnostic histopathologique très détaillé et très exact; on y parviendra sans doute en tenant compte de l'index karyokinétique qui mesure en quelque sorte la puissance de prolifération, la vitalité et par suite la radio sensibilité des éléments carcinomateux. L'examen du stroma montre, dans une certaine mesure, sur quelle réaction défensive de l'organisme on peut compter et dès lors, il semble que le but thérapeutique à atteindre sera d'appliquer des doses suffisantes pour détruire définitivement les éléments carcinomateux, mais insuffisantes pour priver l'organisme de l'immunisation active et si précieuse que le stroma conjonctif peut lui apporter.

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, il semble qu'on agira prudemment en réservant à la chirurgie les cas où la radio-sensibilité des éléments carcinomateux est trop faible pour laisser à la radiothérapie beaucoup de chances de guérison. Parmi eux, se placent les mélano-sarcomes,

les chorio-épithéliomes, les adéno-carcinomes. Les épithéliomas cylindriques auront plus de chance d'être guéris définitivement par le bistouri. Pour les épithéliomas pavimenteux, on a considéré pendant longtemps que ceux à forme tubulée ou baso-cellulaire étaient très radio-sensibles et pouvaient être guéris par le radium tant que la lésion était limitée, tandis que les épithéliomas spino-cellulaires étant beaucoup plus radio-résistants, devaient être traités par l'intervention sanglante.

Il semble qu'aujourd'hui ces deux catégories d'épithéliomas, ainsi que les formes intermédiaires, peuvent être également bien guéries par le radium ou la radiothérapie pénétrante. La différence de leur radio-sensibilité disparaîtrait devant une simple différence de doses.

La question s'est posée de savoir dans quelles mesures il serait désirable d'associer la radiothérapie à la chirurgie, et les opinions, sur ce point, sont extrêmement contradictoires. Nous nous promettons de citer celle de M. le Professeur Bégouin, non point au sujet du traitement du cancer du vagin, mais à l'occasion de celui des cancers utérins; d'ailleurs, il se défend d'avoir une opinion très ferme mais il fait part d'une simple impression basée sur 38 cas et tirée d'une expérience de trois ans. Il estime que dans les bons cas de cancers opérables se présentant chez des femmes bien portantes, le devoir du chirurgien est d'intervenir. Sur 5 cas opérables traités par la radiothérapie depuis plus de deux ans, il compte : 2 morts rapides sans amélioration nette, 1 mort après un an avec amélioration considérable de 6 mois et 2 autres cas sans récurrence, l'un depuis 2 ans, l'autre depuis 3 ans et 1 mois. Il s'agissait presque toujours d'épithéliomas baso-cellulaire sauf dans deux cas d'un épithélioma spino-cellulaire et dans un d'un épithélioma cylindrique. Il pense avec Hartmann que les formes massives qui envahissent tout le pelvis sont autant de contre-indications à l'emploi du radium. Il estime que l'association du radium à la chirurgie est toujours inutile et

souvent dangereuse que l'on fasse du radium post ou pré-opératoire.

Il nous est impossible d'avoir personnellement une opinion autorisée sur cette question. Cependant, il semble, *a priori*, que ces deux thérapeutiques, par le bistouri et par l'irradiation, prétendant supprimer le cancer par des moyens tout à fait différents, risquent, en quelque sorte, de se contrarier, en ce sens que si le chirurgien enlève réellement tous les tissus néoplasiques, le radiologue intervient non pas sur des tissus malades mais sur les éléments sains qui demeurent et, si le chirurgien se décide à intervenir après le radiologue, il pratiquera l'ablation de tissus cicatrisés et, en théorie, devenus inoffensifs mais en apportant à l'organisme la fâcheuse influence du choc opératoire qui paralysera, *in situ*, la défense des tissus en voie de guérison.

On peut donc penser qu'il faut opter, suivant les cas, soit pour la chirurgie, soit pour le radium ou la radiothérapie.

TRAITEMENT ÉLECTROTHÉRAPIQUE

FULGURATION.— A l'époque où la radiothérapie après avoir bénéficié d'un enthousiasme exagéré, parut tomber dans un tel discrédit que le professeur Tuffier crut pouvoir dire que les cicatrisations apparentes qu'elle produisait n'étaient que des « cache-misères » : le professeur Pozzi fit en juillet 1907 une communication sensationnelle à l'Académie de Médecine, assurant que la guérison des cancers superficiels et même de certains cancers profonds pouvait être obtenue par l'action des étincelles de haute fréquence ; il désigna cette nouvelle méthode sous le nom de « fulguration ». Mais il dut lui-même reconnaître bientôt son erreur et s'aperçut « qu'il s'était laissé mystifier par un

confrère aussi ignorant en électricité qu'en chirurgie » (Doyen). Aussi, affirma-t-il le 16 juin 1909 devant la Société de Chirurgie que « la fulguration ne possède dans le cancer aucune valeur curative ».

ELECTRO-COAGULATION. — Lorsque le professeur Doyen connut la communication du professeur Pozzi du 30 juillet 1907, il fit installer immédiatement à sa clinique le transformateur le plus puissant que construisait la maison GaiFFE et un résonnateur de Oudin. Il lui suffit d'une expérience de quelques jours et de plusieurs examens microscopiques pour constater que les étincelles employées dans la fulguration n'avaient d'action qu'à une profondeur de 3 ou 4 ^m/_m et que cette action était exclusivement une action thermique. Ces remarques le conduisirent à déterminer avec précision la résistance relative des cellules cancéreuses et des cellules saines à la chaleur et il constata que les « cellules saines ne sont généralement frappées de mort qu'au-dessus de 60° mais que les cellules cancéreuses perdent leur virulence dès qu'elles sont tenues à la température de 55° et même à une température de 55 à 50° ». Une voie nouvelle semblait toute tracée : faire pénétrer la chaleur dans la profondeur des tissus vivants de manière à soumettre les tissus pathologiques à une température supérieure à 50°, et il crut avoir trouvé la solution du problème dans l'électro-coagulation sans carbonisation superficielle.

Dans sa communication au Congrès de Physiothérapie de Paris du 29 mars 1910, il affirmait que « l'électro-coagulation suffit pour guérir radicalement tous les cancers du vagin, du col et de la cavité de l'utérus au début, qu'elle doit être tentée si le cas est plus avancé pour rechercher un résultat curatif que ne donnerait pas l'opération sanglante et, si celle-ci paraît indiquée, pour la préparer en aseptisant les tissus infectés de microbes ».

Nous ne citons ces deux méthodes de la fulguration et de l'électro-coagulation que pour mémoire car ni l'une ni

l'autre ne paraît avoir tenu ses promesses et elles sont à l'heure actuelle tombées dans un oubli à peu près complet.

Traitement Chimiothérapique

Lorsque le chirurgien et le radiologue se sont déclarés incapables d'améliorer l'état de certaines cancéreuses parvenues à la période ultime de leur maladie et même d'apporter un soulagement à leurs tortures, il appartient au médecin de se substituer à eux et de s'efforcer de rendre tolérables à ces malheureuses victimes les derniers mois ou les dernières semaines qui leur restent à vivre. Le médicament auquel dans ce cas-là on a le plus volontiers recours est la morphine. Son efficacité sur la douleur est si grande qu'on est trop souvent tenté d'en abuser et dès lors ce n'est plus, à en croire Maurice Renaud, un soulagement réel qu'on leur apporte mais un état d'irritabilité et d'inquiétude, un état de malaise perpétuel qui augmente leurs tourments et accentue leur déchéance. L'usage de la morphine à haute dose ne serait donc légitime que pour adoucir l'agonie des moribonds.

Certains traitements paraissent avoir une action non point curative mais modificatrice qui, en améliorant temporairement l'état de la malade, lui procure en même temps qu'une diminution de ses douleurs, l'illusion bienfaisante d'une amélioration notable qui influe d'une manière parfois miraculeuse sur son moral.

On a utilisé dans ce but bien des agents chimiques et en particulier les métaux colloïdaux (argent, or, cuivre, étain, sélénium). Le sélénium colloïdal, au dire de Thirolloix, aurait une action très marquée sur les adénopathies cancéreuses. Touche l'ayant employé en injections hypodermiques dans des cas de cancers utérins très avancés, a noté un apaisement marqué des douleurs, une diminution notable

des écoulements, en un mot une amélioration telle que les malades ont pu reprendre quelque activité et beaucoup d'espoir.

G. Berry a obtenu de remarquables améliorations en utilisant des pansements à l'aide d'une pâte dont voici la formule :

pour 1 paquet	{	Hydrate de magnésie.....	20 gr.
		Silicate de magnésie (talc de Venise)	20 gr.
		Sulfate de cuivre	10 gr.

à mélanger avec une quantité suffisante de glycérine pour former une pâte assez liquide pour imbiber une mèche.

Pour le premier pansement, il conseille d'ajouter une cuillère à soupe de solution de sulfate de cuivre à 10 % pour renforcer l'action caustique et astringente de la pâte. S'il y a de grosses hémorragies, ajouter XXX g^{tes} d'adrénaline mélangée à chaque pansement. Dans les premiers temps, il convient de renouveler le pansement tous les 3 jours; les hémorragies s'arrêtent, les douleurs cessent, les pertes malodorantes s'atténuent puis se tarissent. Il est bon de prescrire en même temps per os les cachets suivants :

Hydrate de magnésie : 40 cgs.		
Phosphate de potasse	} Pour 1 cachet {	
Phosphate de soude		
		ãã 20 cgs.
Chlorhydrate de quinine basique: 20 cgs.)		

2 cachets par jour pendant 20 jours puis 10 jours de repos.

MM. Maurice Renaud et Juge ont utilisé dans les cas d'hémorragies graves les propriétés hémostatiques du citrate de soude administré par voie intra-veineuse. Dans 17 cas sur 20, ils ont obtenu dans les heures qui ont suivi l'injection un arrêt complet et souvent définitif des hémorragies qui s'étaient montrées rebelles à toute autre médication. Ils donnent la préférence à l'injection intra-veineuse plutôt qu'intra-musculaire, celle-ci donnant souvent des accidents locaux par l'irritation intense des solutions concentrées utilisées.

Les troubles qui peuvent suivre l'injection font partie d'un syndrome plus ou moins accusé de choc et sont en général assez légers pour qu'on puisse n'en point tenir compte eu égard au bénéfice qu'elle procure en arrêtant les hémorragies. Ils émettent l'hypothèse que ce choc est en quelque sorte fonction de l'hémorragie et conditionné par elle. Ils utilisent une solution à 30 %.

Quand ces diverses thérapeutiques se révèlent insuffisantes, on peut avoir recours à des cautérisations ignées qui, en faisant disparaître les gros bourgeons envahissant le vagin, mettent fin pour un temps à des hémorragies incessantes. On peut obtenir les mêmes résultats par des cautérisations au chlorure de zinc en solution aqueuse à 1/10 ou 1/5 appliquée sur des tampons de ouate hydrophile ou de gaze maintenus au contact des lésions pendant 24 heures et en protégeant les parties saines par de la gaze vaselinée. Les cautérisations au carbure de calcium préconisées par Guinard demandent à être faites avec beaucoup de soins, mais grâce à elles, on peut détruire les masses cancéreuses sur d'assez grandes épaisseurs. On peut aussi utiliser contre les pertes de sang l'application sur les lésions après lavage à l'eau bouillie à 37°, de tampons de gaze imbibés de serum gélatiné à 7 % laissés 10 à 12 heures et renouvelés à plusieurs reprises pendant l'hémorragie.

Pour désodoriser le vagin et le désinfecter, on peut, une à deux fois par jour, faire des injections sous très faible pression (40 à 50 cm) en enfonçant peu la canule avec les solutions antiseptiques suivantes :

Permanganate de potasse à 1 p. 4.000.

Aniodol.

Liqueur de Labarraque: 1 à 2 cuil. à soupe par litre.

Eau iodée: 2 à 3 cuil. à soupe par litre.

Essence de térébenthine : 15 gr. avec une cuillère à soupe de magnésie par litre d'eau.

Les malades se plaignent souvent de lésions irritatives, produites par l'écoulement des liquides pathologiques, sié-

geant aux plis inguinaux et à la face interne des cuisses. On fera des onctions avec de la pommade à l'oxyde de zinc que l'on saupoudrera à profusion de talc et d'oxyde de zinc.

On luttera: contre l'oligurie par la théobromine à **petites** doses et par de grands lavements d'eau bouillie chaude; contre les douleurs, par des lavements laudanisés et chloralés. (chloral 2 grs, laudanum XX à XXV g^{tt}es), par des suppositoires à la morphine et à la belladone (āā 1 à 2 cgrs).

Enfin, si l'on pense devoir recourir aux injections hypodermiques de morphine on les utilisera à dose suffisante d'emblée, c'est-à-dire de 1 à 2 cgrs pour une nuit. Les injections plus fractionnées et plus fréquentes mènent plus rapidement à la morphinomanie avec tous les inconvénients que celle-ci comporte.

Traitement Opothérapique

Nous n'en parlerons qu'à titre documentaire. Cette thérapeutique basée sur l'hypothèse étiologique du cancer par déficience ou altération des glandes endocrines et de leurs sécrétions tend à restituer à l'organisme les hormones qui leur font défaut.

Nous n'en donnerons point la technique, qui demanderait à être précisée dans chaque cas puisque chaque cancéreux ferait, d'après cette hypothèse, une déficience polyglandulaire qui lui serait propre.

Nous avons simplement tenu à signaler cette thérapeutique dont nous rapportons une observation en laissant au temps et à l'expérimentation le soin d'en fixer l'exacte valeur.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN).

Epithélioma du vagin. — Colpohystérectomie abdominale.

Mme B..., 40 ans.

Depuis trois mois, hémorragies irrégulières, capricieuses, pertes blanches teintées de sang alors qu'autrefois bien réglée et sans pertes. Pas de douleurs. Jamais de maladies du bas ventre. Mariée, pas d'enfant ni de fausse couche.

Le toucher trouve au fond du vagin une ulcération irrégulière située à la paroi postérieure du vagin et reposant sur une tumeur qui infiltre la cloison recto-vaginale. L'examen aux valves montre un épithélioma en forme de croissant, mi-végétant, mi-ulcéré, transversalement situé sur la face postérieure du vagin dans son tiers supérieur. Le col utérin est parfaitement sain, mais par son orifice, il s'écoule du sang.

Intervention le 9 mai 1924. — Ether. Laparotomie médiane. Il existe un fibrome du volume d'une petite orange sur la face antérieure et gauche de l'utérus et de chaque côté de gros ovaires polystiques un peu adhérents. Dissection des uretères et de la vessie comme dans une opération de Wertheim. La dissection du vagin est poursuivie plus bas que la tumeur; la libération est très difficile en arrière d'avec le rectum dont les fibres musculaires sont mises à nu mais qui n'est pas ouvert. Le vagin est sectionné entre deux pinces de Goullioud. Puis deux mèches tassées dans le pelvis sortent par le vagin. Cloisonnement complet par dessus avec l'anse sigmoïde. Pas de drainage abdominal.

Examen histologique pratiqué par MM. les Docteurs A. Bonnard et P. Piéchaud (épithélioma atypique). — Tumeur du vagin. Il s'agit d'un épithélioma atypique, constitué par des traînées cellulaires limitées par des tractus fibreux peu importants. Elles sont formées par des éléments étroitement tassés et totalement dédifférenciés : protoplasma peu abondant réduit à un fin liseré, noyaux multiples volumineux souvent monstrueux en mitoses fréquentes; en certains points, leur disposition en revêtement pariétal stratifié ou en collerettes autour d'une cavité centrale permet d'attribuer une origine cylindrique à cette néoplasie.

Suites opératoires. — Guérison très simple, sauf qu'au deuxième jour, devant un pouls un peu rapide avec un peu de fièvre et facies altéré, on a fait un abcès de fixation qui a très bien réagi.

La malade rentre chez elle en bon état le 25^e jour et cet état s'est maintenu jusqu'au 26 mai 1925, date à laquelle elle est revue. Elle se plaint tout au plus de troubles divers dépendant de sa ménopause prématurée, troubles surtout nerveux et psychiques avec tendance à l'obsession et au désespoir à forme sexuelle.

OBSERVATION II

(En partie d'après CARLIER et complétée grâce à l'obligeance de M. le Professeur agrégé RÉCHOU).

Cancer primitif du vagin traité par le radium.

Mlle J. L..., 38 ans, couturière, présente depuis un an environ des pertes rouges. Elle entre à l'hôpital le 4 septembre 1922 dans le service de M. le Professeur Villar.

La radiographie du vagin, faite après injection de baryte, montre un rétrécissement étendu de la cavité vaginale.

Réaction Bordet-Wasserman positive.

Cliniquement, on trouve au toucher, une grosse masse qui contre-indique toute intervention. Le 16 septembre 1922, on pratique une biopsie. L'examen histologique fait par M. le Professeur Sabrazès, indique qu'« il s'agit d'un épithélioma spino-

cellulaire contenant peu de globes épidermiques avec un tissu riche en fibroplastes, semé de lymphocytes, de polynucées et quelques éosinophiles. Mais l'infiltration n'est pas telle que l'on puisse d'emblée, l'imputer à une granulomatoze spécifique. Néanmoins, dans certaines régions, l'infiltration est plus dense, beaucoup plus riche en cellules; à noter l'existence de globes épidermiques en dégénérescence hyaline ».

Le 1^{er} octobre 1922, la malade présente brusquement de l'anurie. Cette anurie se prolongeant et la malade ayant accusé une douleur provoquée par la pression au niveau de la région lombaire droite. M. le Dr René Villar pratique d'urgence, le 6 octobre, une néphrostomie droite. Depuis cette opération, la néphrostomie marche mais il ne s'écoule pas la moindre goutte d'urine par le méat urinaire.

Le 12 janvier 1923, l'état général de la malade étant satisfaisant on l'amène dans le service de M. le Professeur Bergonié où on lui fait une application de radium : 25 milligr. avec filtre or pendant 12 heures.

Le 17 janvier 1923 : séance radiothérapique avec un appareil B. D. filtre 80/10, durée 60 minutes; incidence : région pubienne.

Le résultat n'est pas encore appréciable quand a lieu la 2^e application de radium.

Le 19 janvier 1923 : 25 milligr. filtre or, durée 12 heures.

Le 26 janvier 1923 : 25 milligr. filtre or, durée 48 heures.

Le 5 février 1923 : séance radiothérapique avec un appareil P. 3, filtre 120/10, distance 38 cm., durée 60 minutes. Incidence : sur le périnée en se servant de la fenêtre latérale.

Le 28 février 1923 : appareil P. 3, filtre 120/10, distance 38 cm., durée 70' + 70'. Deux incidences : région abdomino-médiane, région sacrée. Au toucher vaginal, on est arrêté par une masse irrégulière allant presque jusqu'à l'entrée du vagin, nettement fixée, saignant facilement.

Le 7 mars 1923 : nouvelle application de radium : 2 tubes à 15 milligr., filtre 2 m/m 5; durée, 48 heures. On constate une infiltration de la cloison recto-vaginale et de la cloison vésico-vaginale.

Le 16 mars 1923 : séance de radiothérapie profonde sur le périnée antérieur.

Le 23 mars 1923, on trouve le vagin encore obstrué, mais il n'existe plus de pertes. La malade peut uriner par la voie naturelle.

Le 4 avril 1923 : nouvelle application de radium; 2 tubes de 15 milligr., filtre à 2 m/m 5 d'or; durée, 72 heures.

Le 26 avril 1923, la malade se trouve en pleine réaction; l'état général paraît très amélioré. La malade dit diminuer de poids bien qu'elle mange davantage, qu'elle urine mieux, cependant la défécation reste gênée, mais bien moins qu'auparavant. Dans l'ensemble amélioration notable.

La malade est pesée : 40 kil. 200.

Le 4 mai 1923 : dernière application de radium : 40 milligr. en 2 tubes 25 + 15, filtre à 2 m/m 5 d'or; durée, 96 heures.

Le 4 juillet 1923 : dernière séance de radiothérapie profonde : distance, 40 cm.; durée, 70' + 70', filtre al. 2 incidences : sur la vulve et sur l'hypogastre.

La malade améliorée part en convalescence à Pau, mais elle est réhospitalisée et revue fin novembre 1923.

Son état général est mauvais : amaigrissement notable, profonde asthénie. A l'examen local on constate l'existence d'une fistule recto-vaginale.

Le 14 janvier 1924, elle décède à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur du vagin.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT).

Mlle J. S..., 62 ans, cuisinière, entre à l'hôpital du Tondu le 11 mai 1925, parce que depuis une quinzaine de jours elle perd continuellement ses urines et qu'elle souffre au niveau des orifices externes de son appareil uro-génital.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 79 ans. Mère morte à 38 ans de suites de couches.

Antécédents collatéraux. — A eu 14 frères et sœurs dont 2 seulement demeurent vivants. Quant aux autres, la cause de leur mort échappe à la malade.

Antécédents personnels. — Ils se bornent à deux maladies de l'enfance : une coqueluche et une fièvre éruptive. La malade a été réglée vers 14 ans; ses pertes ont toujours été normales, rouges, moyennement abondantes, indolores et venant sans avance ni retard. Elle n'a jamais constaté de pertes blanches entre les époques. Non mariée, elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse couche. Sa ménopause, particulièrement silencieuse, s'est faite il y a dix ou douze ans sans amener aucun trouble de l'état général.

Histoire de la maladie. — Il y a six ou sept mois, la malade a remarqué quelques légers écoulements de sang très discrets, l'expulsion de quelques petits caillots; écoulements et expulsions coïncidant avec un effort ou avec la défécation. Ces pertes durent deux ou trois mois, puis la malade ne les remarque plus. A ce moment, aucun trouble du côté de l'appareil digestif et urinaire, si ce n'est que les urines sont un peu chargées. Quelques pertes blanches non fétides. La malade ne souffrant pas, continue son travail.

Il y a trois mois, la malade eut de la pollakiurie nocturne. Depuis deux mois, elle éprouve des sensations de brûlure et de déchirement lors de la miction. Ce sont les seuls symptômes qu'elle accuse. Il y a une quinzaine de jours, la malade a remarqué qu'elle perdait continuellement ses urines et qu'à cette incontinence répondait une exacerbation de ses douleurs. C'est pour cela qu'elle rentre à l'hôpital.

Ses urines qui maintenant sont chargées et d'une teinte brun sale, furent, il y a une dizaine de jours, rougeâtres comme s'il y avait eu du sang; elles sont malodorantes.

Mais la malade ne souffre que de sa région vulvo-vaginale: elle n'éprouve pas de pesanteur dans le bas-ventre, ni d'irradiations douloureuses.

Actuellement, la malade présente une fistule vésico-vaginale.

On n'a point pratiqué de biopsie de crainte d'aggraver les lésions.

Traitement. — Le traitement chirurgical est contre-indiqué par l'étendue même des lésions. Le traitement radiumthérapique est également contre-indiqué en raison de l'existence de la fistule qu'il ne pourrait qu'aggraver. La radiothérapie profonde ne présenterait sans doute pas les mêmes dangers, mais il est permis de douter de son efficacité.

En résumé, il semble que tout traitement actif serait à l'heure actuelle dangereux.

OBSERVATION IV

(Recueillie grâce à l'obligeance de M. le Professeur
W. DUBREUILH).

Marie B..., 61 ans, femme de ménage.

Antécédents personnels. — La malade ne se souvient pas d'avoir fait de grave maladie, tout au plus, vers l'âge de 16 ans, aurait-elle souffert de douleurs rhumatoïdes plus ou moins généralisées. Elle a été réglée à 18 ans. Jusqu'à l'âge de 21 ans, ses règles furent très irrégulières et très abondantes, durant en moyenne une huitaine de jours. Elle n'a jamais été mariée, a mené une vie solitaire et n'a pas eu d'enfant. Sa ménopause s'est produite à 50 ans. Les dernières pertes ont duré plus de quinze jours, accompagnées de furonculose. Depuis cette époque, elle n'a jamais rien constaté d'anormal au point de vue uro-génital et, en particulier, pas le moindre suintement.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 84 ans. Il avait eu une attaque de paralysie vers 60 ans et s'était plaint toute sa vie de douleurs rhumatismales. Mère morte à 74 ans. Elle avait toujours été bien portante et avait eu 12 enfants, dont 6 vivant encore, certains mariés et ayant eux-mêmes des enfants en bonne santé.

Il y a deux ans, la malade commença à éprouver des démangeaisons à l'anus suivies pendant trois ou quatre mois de douleurs; elle se crut atteinte d'hémorroïdes. Six à huit mois après,

elle s'aperçoit que l'eau des lavements ressort par le vagin et elle éprouve des douleurs vives ressemblant à des douleurs d'expulsion. A la même époque, elle constate l'existence dans les plis inguinaux de tuméfactions indolores. Elle va consulter M. le Professeur agrégé Micheleau qui, le 4 novembre 1923, l'adresse à M. le Professeur Bergonié.

Avant de s'y rendre, elle consulte un chirurgien qui lui conseille une opération. Après beaucoup d'hésitation, elle se présente effectivement à la consultation de M. le Professeur Bergonié, le 23 janvier 1924.

A cette époque, la malade présente au niveau de l'orifice anal une plaie bourgeonnante ayant l'aspect d'une lésion bacillaire. Au toucher, on sent, au niveau de la paroi antérieure du canal anal une masse bourgeonnante de consistance ferme, mais non indurée avec de nombreuses ulcérations. Cette masse infiltre la cloison recto-vaginale et celle-ci est même perforée par places. Tout autour de ces lésions, la muqueuse rectale est parfaitement saine; il existe cependant un point douloureux sur l'ischion. Il paraît s'agir d'une tuberculose ano-rectale.

D'autres signatures de bacillose ancienne sont repérées sur la malade : ainsi, une chéloïde plissée, irrégulière du thorax antérieur, résultat d'une fort longue suppuration guérie depuis 2 ans seulement; une autre au niveau de la tempe droite.

De toutes ces conditions locales et du passé de la malade, on doit conclure au diagnostic de bacillose de la peau et de la muqueuse ano-vaginale. Dès lors, il ne saurait être question d'instituer aucun traitement radium ou radiothératique et la malade est adressée à un service de chirurgie.

Elle entre le 5 février 1924 dans le service de M. le Docteur Charrier, qui, le 9 février 1924, pratique une biopsie.

L'examen histologique de la pièce est fait par M. le Professeur Sabrazès.

« Il s'agit d'un état papillaire de la muqueuse. Angiectasies considérables du chorion, inflammation chronique. Il ne semble pas que cet état papillaire, du moins dans le segment remis, ait dégénéré en épithéliome. »

La malade quitte le service une semaine après. Elle va consulter à l'hôpital M. le Professeur Chavanaz qui, selon ses dires, lui aurait conseillé un traitement radiumthérapique; puis, elle s'adresse à M. le Docteur Frèche, à la clinique protestante, qui lui conseille un traitement ioduré. Son remplaçant, M. le Docteur Barge, maintient ce même traitement et y ajoute une série de piqûres sur la nature desquelles on ne peut avoir aucune précision.

En août, elle va consulter M. le Professeur W. Dubreuilh, qui pratique une biopsie et diagnostique un épithélioma spino-celulaire.

Elle entra récemment dans le service de M. le Professeur Dubreuilh, et, le 2 mai 1925, fut opérée par M. le Professeur Guyot qui, à titre palliatif, pratiqua un anus iliaque qui fut ouvert le 7 mai. Les points furent enlevés le 21.

Actuellement, toute la région vulvaire et anale est envahie par un néoplasme à forme térébrante qui a déchiqueté toutes les parties superficielles et une grande partie de la cloison recto-vaginale. M. le Docteur Nancel-Penard lui fait suivre un traitement radiothérapique auquel il n'attribue qu'une valeur purement psychique car « il ne voit aucune chance de guérison, ni même d'amélioration possible », la malade étant en pleine période de cachexie néoplasique qui fait craindre une issue fatale à bref délai.

OBSERVATION V (Résumée).

(Professeur Pozzi, *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie* séance du 19 décembre 1894).

Epithélioma primitif de la partie supérieure du vagin. Périnéotomie transversale.

Il s'agissait d'un néoplasme de la partie supérieure du vagin séparé du col par un intervalle d'environ 2 cm. : les dimensions du néoplasme étaient environ celles d'une pièce de 5 francs. Audessous de lui, le vagin presque tout entier était sain.

La femme était une multipare d'une quarantaine d'années, à

vagin et à vulve d'une certaine étroitesse. Dédoublément préalable de la cloison recto-vaginale, de bas en haut, jusqu'au dessous de la limite du mal. Incision du vagin en arrière du col, puis la partie malade attirée en bas est détachée en quelques coups de ciseaux en dépassant largement les limites du mal.

La brèche vaginale fort large est diminuée par quelques points de suture; mèche dans le cul-de-sac péritonéal et fermeture complète du périnée par 3 sutures profondes, métalliques, disposées à la Lawson-Tait et quelques autres sutures superficielles pour affronter largement la surface des sections.

La malade guérit rapidement par première intention.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé.

OBSERVATION VI

(Docteur PHILIPOWICZ [de Czernowitz], *Zentralblatt für Chirurgie*, tome I, n° 20, 19 mai 1923, pages 793-795, analysée in *Journal de Chirurgie*, 1923, tome XXII, page 219 [Résumée]).

Opération combinée abdomino-sacrée dans le traitement radical du cancer du vagin.

Chez une femme de 28 ans qui présentait sur la paroi postérieure du vagin une tumeur ulcérée de 5 cm. de diamètre faisant saillie dans le rectum, mais recouverte de ce côté d'une muqueuse saine et mobile. Philipowicz a pratiqué l'opération suivante :

Il a d'abord ouvert le ventre par une laparotomie médianè en position de Trendelenburg, libéré l'utérus et le vagin avec le paramètre comme dans un Wertheim (paramètre gauche infiltré), libéré le colon pelvien sur une étendue de 15 cm. Il a trouvé dans le méso-colon une double chaîne de petits ganglions durs. L'utérus et le colon ainsi mobilisés ont été refoulés dans le fond du bassin et au-dessus d'eux les deux feuillets péritonéaux suturés; le fond du Douglas était remonté de 10 cm.

La malade fut alors placée en décubitus latéral. On réséqua le

coccyx, le rectum fut mobilisé, puis extirpé et avec lui l'utérus et le vagin lui adhérent; seule la paroi antérieure du vagin est conservée. Le bout central du rectum réséqué est enfin suturé au canal anal conservé intact avec son sphincter.

Malgré une cystite et une pyélonéphrite, la malade a bien guéri, et elle reste en parfaite santé sans trace de récurrence dix-huit mois après l'opération.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur J. RABÈRE, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux).

Mme Ch..., 61 ans, vient consulter le Docteur Rabère en mai 1922.

Elle se plaint depuis plusieurs mois de suintements séro-sanguinolents et d'une sensation de gêne et de démangeaisons, parfois même de douleurs.

A l'examen, on constate la présence d'une petite tumeur d'apparence épithéliomateuse siégeant au niveau de la fourchette. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé.

Intervention, le 12 mai 1922. Après simple excision de la tumeur, on suture. Quelques points ayant lâché, la cicatrisation se fait par seconde intention.

La guérison, obtenue au bout d'un mois, se maintient depuis.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur J. RABÈRE, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux).

Mlle S..., 65 ans, a subi en 1922 une hystérectomie pour fibrome.

Depuis 8 ou 10 mois, elle a constaté des pertes sanguines à peu près constantes. Les injections vaginales sont très douloureuses en raison de l'atésie vulvaire constatée à l'examen. On découvre

au niveau de la fourchette une petite tumeur d'apparence épithéliomateuse.

L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé.

Intervention le 18 avril 1925. Après excision de la tumeur, on suture. Quelques points ayant lâché, la cicatrisation se fait par seconde intention et s'achève vers le début de juin.

OBSERVATION IX (Résumée).

(M. le Professeur TUFFIER, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 14 décembre 1904, page 1044).

Déciduome primitif. Greffe de villosités choriales devenant tumeur maligne.

Le 21 février 1904 entre à l'hôpital Baugeon une femme de 24 ans.

Sur la paroi vaginale antérieure on trouve une volumineuse tumeur rappelant un gros sarcome à parois gangrenées, faisant une saillie énorme dans le vagin et hernie à la vulve pendant l'effort. Sa base d'implantation la fait paraître superficielle.

Extirpation. — Examen histologique : déciduome malin. La tumeur enlevée a la forme et le volume d'une mandarine aplatie au niveau de ses pôles, ceux-ci constituant des faces dont l'antérieure présente de nombreuses petites érosions superficielles à fond rouge grisâtre. Quant à la face postérieure, elle est constituée tout entière par une large ulcération profonde à bords assez bien arrondis et à fond sanieux. Le reste de la tumeur est recouvert par la muqueuse du vagin. De consistance rénitente, elle montre à la coupe une teinte rouge violacé qui ne permet aucun doute sur sa constitution surtout sanguine.

Histologiquement, le stroma de la tumeur est surtout constitué par des villosités formées de grandes cellules claires épithélioïdes arrondies et polyédriques, dites cellules de Langhans. Les cellules sont bien distinctes et nettement limitées. Il existe en général un

noyau unique dans chaque élément. De forme ronde ou ovale, ces noyaux très vivement colorés par l'hématoxyline sont, dans certaines cellules, très volumineux et présentent, par places, des figures de karyokinèse. A la périphérie, ces villosités épithéliales s'infiltrèrent dans la muqueuse du vagin. Il n'existe ni tissu conjonctif, ni vaisseaux propres, les amas épithéliaux limitent de vastes lacunes remplies de formations fibrineuses et de sang renfermant une quantité de leucocytes dépassant de beaucoup la normale. En tous ses points, la tumeur est du reste le siège d'une diapédèse intense. Ses lacunes sanguines sont elles-mêmes subdivisées soit par des amas pédiculés ou libres de cellules claires, soit par des masses syncytiales. Celles-ci apparaissant nettement en certains points. Elles se présentent comme de larges amas de protoplasma colorés fortement à l'éosine et renfermant de nombreux noyaux de toutes dimensions (arrondis, allongés ou en croissant). Elles contiennent en outre des vacuoles et de nombreux leucocytes inclus dans la masse. L'examen histologique de cette tumeur nous permet donc de conclure qu'il s'agit d'un déciduome.

Examen contrôlé par M. Gombault et M. le professeur Cornil.

Antécédents. — Le 27 janvier précédent, fausse couche de trois mois. Depuis, écoulement vaginal jaunâtre et fétide. Intégrité parfaite de l'utérus.

Résultats. — Depuis dix mois, examen tous les deux mois. Les règles restent normales et l'utérus indemne.

OBSERVATION X (résumée). STEFANI ANTONIO.

(Analysée in-*Journal de Chirurgie*, 1923, Tome XXII, page 101).

Mélano-sarcome du vagin.

Une femme de 68 ans, malade depuis un an, présentant des pertes ichoreuses et, depuis huit mois, une petite tuméfaction inguinale droite, entre à l'hôpital dans un état de cachexie avancé et meurt en dix jours,

A l'autopsie, la tuméfaction inguinale, non adhérente à la peau, répond au groupe inféro-interne des ganglions inguinaux.

Tuméfaction grosse comme une mandarine sur la face latérale droite du vagin, segment inférieur : consistance molle, couleur sépia. En face et à gauche, petites tumeurs semblables grosses comme une noix. La lèvre antérieure du col est tuméfiée à droite; la muqueuse est ulcérée, grisâtre. Le corps utérin est normal.

Au microscope, la tumeur vaginale est formée d'un stroma épais, de cellules variées fusiformes et claviformes à protoplasma pas très abondant. La distribution de ces cellules est irrégulière; certaines se groupent autour des vaisseaux, d'autres affectent une disposition radiée en couronne. Dans les métastases, cette structure se trouve reproduite. Au foie, où on voit beaucoup de vaisseaux; au pancréas, beaucoup de pigment; aux ganglions, beaucoup de vaisseaux et de pigment.

OBSERVATION XI.

(Docteurs DE ROUVILLE et Coll. DE CARRERA. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Paris, 1924, page 366.)

Sarcome du vagin.

Il s'agit d'une femme de 31 ans entrée dans le service pour récidive d'une tumeur vaginale qui avait été opérée l'année dernière, en janvier, à Nîmes, où, au dire de la malade, on avait considéré la tumeur primitive comme un kyste. Elle vient à l'hôpital sur les conseils d'un médecin qui, au cours d'un examen, a découvert l'existence de cette tumeur, laquelle n'apportait d'ailleurs aucune gêne à la malade, une prostituée. Cette tumeur était appendue à la paroi antérieure du vagin par un pédicule court et assez large qui permettait cependant de l'énucléer hors du vagin. C'était une masse sous-muqueuse du volume d'un œuf de poule environ, parfaitement mobile sur les plans sous-jacents, quelque peu adhérente à la muqueuse du côté du vagin, au

niveau de la cicatrice de l'intervention antérieure. Cette masse présentait une consistance élastique presque rénitente.

L'intervention fut pratiquée le 19 mars, sous rachianesthésie à la seurocaïne (8 cg.). La muqueuse vaginale incisée, l'énucléation de la tumeur fut pratiquée avec la plus grande facilité. Il n'existait aucune adhérence, ni profonde ni superficielle, en dehors de celle déjà signalée avec la cicatrice. A la loupe, la pièce, assez régulière de contours, se présentait macroscopiquement composée de tissu fibro-myxomateux. L'examen histologique a donné les résultats suivants :

La tumeur est formée presque exclusivement d'éléments de formes et de dimensions très variables. D'une façon générale, le contour des cellules est polygonal ou circulaire. Le noyau occupe la presque totalité de la masse cellulaire pourvu d'un nucléole souvent volumineux; ces noyaux sont ou de très gros ou de très petit volume. Le stroma est représenté par du tissu conjonctif rare, fibrillaire, et par des vaisseaux abondants à parois minces réduites à une couche de cellules endothéliales. On se trouve donc en présence d'un sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XII.

(Docteur PÉRAIRE. — Société Anatomique, février 1903, page 163).

Néoplasme utérin et vaginal ayant débuté par de la leucoplasié. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison

Mme R..., âgée de 49 ans, vient consulter le docteur Péraire le 15 janvier 1903. Elle se plaint de douleurs abdominales et rénales depuis trois ans, ces douleurs augmentent huit à dix jours après les règles. Un confrère déjà consulté dit avoir constaté nettement de la leucoplasié siégeant dans le fond du vagin et le cul-de-sac latéral droit. Depuis huit mois, métrorragies continuelles s'accompagnant de leucorrhée fétide.

Mme R... a toujours été en bonne santé. Elle fut réglée à onze ans d'une façon toujours régulière, s'est mariée à vingt et un ans,

a fait huit accouchements à terme, a eu trois de ses enfants morts en bas âge de débilité congénitale. La malade présente une scoliose très marquée.

A l'examen, on trouve le col utérin interne entr'ouvert, laissant passer des bourgeons charnus, rougeâtres fongueux.

L'examen de ces bourgeons dénote qu'il s'agit de lésions épithéliomateuses.

La lèvre postérieure du col est ulcérée, effleurant à peine la paroi vaginale qui, elle-même, est infiltrée.

Au toucher vaginal, on se rend compte que l'ulcération intéresse largement le vagin en arrière.

Le ventre est ballonné, un peu douloureux à droite, les annexes paraissent indemnes, pas de troubles de la miction ni de la défécation, névralgie sciatique à gauche.

L'examen des urines, fait le 16, ne dénote rien d'anormal.

Le 31 janvier : opération. Chloroformisation. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie abdominale subtotale. On ne laisse qu'une portion minime du col. Suture du lambeau péritonéal recouvrant tout le champ opératoire. Drainage. Pansement stérilisé.

Ce qui reste du col est ensuite cureté par la voie inférieure et cautérisé au thermocautère. Il en est de même de la paroi vaginale ulcérée. Tamponnement vaginal.

Les jours suivants, la température ne monte pas au-dessus de 37°.

Pansement le 2 février. Le drain n° 50 est remplacé par le n° 30. Injection vaginale à l'eau oxygénée, matin et soir. Deuxième pansement le 4, drain n° 25. Troisième pansement le 7, drain n° 20. Quatrième pansement le 10, drain n° 13. Cinquième pansement le 12, drain supprimé.

Le 15, enlèvement des fils. Exeat vingt et un jours après l'opération. Il n'y a aucun écoulement vaginal. Etat parfait. L'utérus est petit. Les trompes et les ovaires ne présentent rien d'anormal.

La muqueuse utérine, au contraire, offre sur toute son étendue la lésion typique de l'épithélioma pavimenteux.

Intérêt : début de la lésion par de la leucoplasie vaginale.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Due à l'oligeance de M. le docteur J. RABÈRE,
chirurgien des hôpitaux.

Mme D..., opérée en 1924, pour tumeur néoplasique du rein droit, est revue en février 1925, à l'occasion de quelques pertes de sang. A l'examen, on trouve col et utérus intacts. Sur la paroi vaginale sont disséminés quatre ou cinq petits points surélevés de la grosseur d'une lentille saignant au moindre contact et paraissant être de nature épithéliomateuse. La malade ayant refusé tout traitement, il n'a pu être fait d'examen histologique.

OBSERVATION XIV

(Docteur R. GARIPUY, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, page 553).
1924, page 553).

Il s'agit d'une femme qui vient à la consultation de la Maternité pour des douleurs de reins et un écoulement modéré au niveau de la vulve; ces phénomènes étant survenus de façon progressivement insidieuse au cours d'une grossesse.

A l'examen de cette malade, âgée de 42 ans, dont la grossesse actuelle est la quatrième, la grossesse antérieure remontant d'ailleurs à quinze ans, on constate une grossesse utérine normale de cinq mois environ avec enfant vivant, mais l'attention est immédiatement attirée vers l'écoulement vulvaire.

Le toucher aussitôt pratiqué fait tomber sur une tumeur remplissant le fond de la cavité vaginale masquant le col utérin. Il s'agit d'une masse végétante de consistance assez ferme, mais cependant infiltrée et comme ayant subi l'imbibition gravidique. En délimitant les relations de cette tumeur avec le vagin, on s'aperçoit que la base du néoplasme est large, s'implantant sur la face postérieure de la cloison vaginale et ne s'étendant pas jusqu'au col utérin, dont un intervalle de muqueuse saine d'environ un centimètre la sépare.

L'aspect, vu au spéculum, paraît tout à fait caractéristique; la surface de la tumeur, dont le volume total est celui d'une grosse noix, est irrégulière, vallonnée, recouverte d'un enduit sanieux et saignant même par endroits, sans doute sous l'influence de l'examen qui vient d'être pratiqué.

Une biopsie est faite aussitôt et le résultat de l'examen fourni par le Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté nous confirme dans notre diagnostic de cancer du vagin. Il s'agit, en effet, d'un épithélioma de forme lobulée avec nombreux globes épidermiques.

On décide de traiter la malade par le radium.

Après désinfection de la cavité vaginale, on introduit dans la base même de la tumeur, tout à fait au contact de la paroi recto-vaginale, cinq aiguilles de Pt. contenant chacune 5 milligr. 5 de bromure de radium, l'épaisseur de la paroi de Pt. étant de 0,5 m/m, puis nous mettons au contact de la surface de la tumeur cinq tubes de Pt. de 1 m/m 5 d'épaisseur de paroi contenant au total 37,5 milligrammes de bromure de radium; de la gaze soigneusement tassée entre les tubes et la paroi du vagin protège les parties saines.

En résumé, 100 milligr. de bromure de radium attaquent cette tumeur, soit inclus dans son épaisseur sous forme d'aiguilles, soit à la périphérie avec une filtration très forte. L'application dure 72 heures sans interruption, elle n'est accompagnée ou suivie d'aucune réaction générale fâcheuse et n'a aucune influence sur la marche de la grossesse.

Pendant quelques (2 à 3) semaines, l'écoulement vaginal est plus abondant, mais jamais d'hémorragie; peu à peu, la leucorrhée cesse et on assiste à la fonte progressive de la tumeur, dont on ne voit plus trace au bout de deux mois.

A ce moment, la grossesse est de sept mois. On constate simplement une trace rouge irritée de la dimension de 2 c/m environ et reposant sur un tissu ne paraissant pas induré. Les douleurs lombaires ont disparu, et la malade a notablement engraisé.

Malgré cette amélioration remarquable, on craignait une sténose cicatricielle, et de peur de compromettre un si beau résultat, il

avait été convenu qu'une opération césarienne serait sans doute utile pour éviter des délabrements du côté de la région vulvo-vaginale. Cependant, à terme, toute manifestation néoplasique ayant complètement disparu, on laisse l'accouchement se faire spontanément, et cette malade accouche le 2 juillet 1923, sans déchirure, en deux heures, d'un enfant de 3,200 gr., du sexe masculin, qui s'est parfaitement élevé, nourri par sa mère.

Suites de couches normales. Voilà maintenant six mois que l'accouchement a eu lieu et dix mois se sont écoulés depuis l'application du radium. La guérison complète paraît se maintenir.

OBSERVATION XV (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le docteur J. RABÈRE,
chirurgien des hôpitaux).

Mlle L..., 36 ans, est adressée à sa consultation par M. le docteur Lugeol, en 1915. A l'examen, on constate la présence d'une vaste tumeur ulcérée d'apparence épithéliomateuse occupant toute la face postérieure du vagin. La cloison recto-vaginale est indurée. Le cas étant jugé inopérable est traité par M. le professeur Bergonié à l'aide de faibles doses de radium.

La tumeur entre tout d'abord en voie de régression et il semble qu'on se trouve en présence d'une amélioration très nette et très rapide. Malheureusement, la paroi recto-vaginale très amincie se perforé quelques mois plus tard et amène en très peu de temps la malade à la mort.

Il n'a pu être fait d'examen histologique.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé RÉCHOU).

Service de M. le professeur Bergonié.

Mme B..., de Bl... (Charente), 57 ans, vient consulter le docteur Berthon parce que sa ménopause remontant à neuf ans, elle s'était

aperçue depuis deux ans et demi environ que des pertes revenaient irrégulièrement. Ce furent d'abord des suintements, puis des pertes plus abondantes et fétides. A l'examen, le docteur Berthon diagnostique un néoplasme du vagin. Il adresse sa malade à M. le docteur Durozelle, chirurgien à l'hôpital des femmes, qui, après examen, estime que ce cas ne relève pas de la chirurgie et conseille un traitement par le radium à l'Institut du Radium de Bordeaux.

Le 4 août 1924, la malade se présente à la consultation du Centre de la lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest. On ne relève rien de spécial dans les antécédents personnels de la malade, elle n'a pas eu d'enfants, a toujours travaillé et dit avoir toujours été très bien portante.

Examen: La palpation n'est pas douloureuse mais ne donne aucun renseignement, la malade étant très grasse.

Toucher: A l'entrée du vagin, on trouve que la paroi de cet organe est indurée. La partie supérieure est souple, les culs-de-sac sont également souples partout, le col est normal. A trois cm. de l'orifice externe du vagin, sur la partie médiane de la paroi antérieure, on sent un petit noyau inclus dans la muqueuse, de la grosseur d'une noisette, avec induration concentrique. Immédiatement après le toucher se produit un petit suintement de sang.

Spéculum: Aspect tomenteux de la muqueuse postérieure du vagin saignant facilement.

La biopsie essayée est rendue très difficile par l'extension en nappe très mince de la lésion.

Traitement : Curiethérapie avec : un tube de 15 milligr. dans un spéculum d'ébonite, filtre 1 m/m 5 d'or, durée 8 jours. La pose est faite au moyen d'un phallus en ébonite perforé en son centre. Pansement toutes les vingt-quatre heures: du 6 au 13 août 1924.

Nombre de milligr. heure: 2880.

Nombre de millicuries détruits: 16,6.

La pose a été très bien supportée par la malade, qui est très courageuse, ayant le plus grand désir de guérir.

Examen le 14 août 1924: après que le radium a été retiré. Le résultat clinique semble excellent, et soudain, le noyau a disparu et la paroi antérieure est devenue complètement souple.

Le 6 octobre 1924, la malade est revue.

Dernière métrorragie lors de son premier séjour à l'hôpital; actuellement, hydrorrhée, douleurs intermittentes dans la fosse iliaque gauche, l'état général est bon.

Spéculum: Noyau bourgeonnant ulcéré très hémorragique, développé aux dépens du museau du col, dimensions d'une noisette.

Biopsie sur le bourgeon qui obstrue totalement le col.

Examen histologique : Praticqué par M. le professeur Sabrazès.

Epithélioma baso-cellulaire chroniquement infecté. Beaucoup de réaction fibreuse.

Toucher: Petit col conique formant un museau très net et dont l'extrémité est surmontée par un bourgeon aplati de la dimension d'une pièce de un franc, de consistance augmentée mais dans l'ensemble peu induré. Ce qui frappe, c'est la consistance parfaitement souple à l'entour: 1^o du segment supérieur du col; 2^o des culs-de-sac. Conclusions : Epithélioma probable ulcéro-bourgeonnant du col.

Le 8 octobre 1924 : Séance radiothérapique. Appareil P. 7, intensité 1, filtre 10/10 cuivre + 2 m/m alumin. durée 60 minutes. Incidences: sus-pubienne, sacrée, iliaque droite, iliaque gauche.

Le 14 octobre 1924: Deuxième application de radium. un tube à 15 milligr. placé de champ, deux tubes à 10 milligr. placés dans les culs-de-sac, filtre 1 m/m 5 or, durée 12 jours.

Le 24 novembre 1924: Deuxième séance radiothérapique, appareil P. 7, intensité 4, filtre 10/10, cuivre + 20/10 alum.; durée 60' × 3 (3000 R.). Incidences : sus-pubienne, sacrée, périnéale.

La malade se trouve mieux. Elle a eu une forte réaction (avec coliques dans le bas-ventre), ténesme. Disparition au bout de quinze jours. Actuellement, la malade ne se plaint que d'une légère hydrorrhée empesant un peu le linge. Diminution de douleurs et hyporexie. Sommeil normal.

Le 20 décembre 1924: Troisième séance radiothérapique avec appareil P. 7, intensité 4, filtre 10/10 cuivre + 20/10 alum.; durée 60' × 3 (3000 R.). Incidences : sus-pubienne, sacrée et trochantérienne.

Le 22 décembre 1924: Il existe au niveau du vagin un anneau scléreux développé surtout en avant saignant très facilement à l'examen et ne saignant plus spontanément dit la malade. Ces lésions ont l'air superficielles.

Le 19 janvier 1925: Bon état général. La malade n'a plus de pertes. A l'examen, la paroi antérieure est encore douloureuse.

Le 4 mars 1925: Quatrième Séance radiothérapique avec appareil P. 7, filtre 10/10 cuivre + 20/10 aluminium; durée 67⁵ $\times$ 5 (5000 R.). Incidences: sus-pubienne, sacrée, périnéale, trochanterienne gauche et droite.

Le 14 juin 1925: M. le docteur Berthon a la grande obligeance de nous faire savoir que cette malade, revenue chez elle, est dans un état désespéré et que, par suite de l'extension rapide de son néoplasme, l'issue fatale ne saurait tarder à se produire.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé RÉCHOU).

Service de M. le professeur Bergonié.

Marie M..., 48 ans, capsuleuse, se présente à la consultation du 25 avril 1924. Sa ménopause remontant à deux ans a été suivie de quelques pertes jaunâtres et très légèrement sanguinolentes. Il y a quatre mois, elle a constaté que ses pertes devenues plus abondantes étaient nettement sanguinolentes et purulentes et survenaient spontanément et à peu près tous les jours. Depuis cette époque, les pertes n'ont pas disparu. Elle se plaint en outre de quelques irradiations douloureuses dans les deux fosses iliaques, elle n'accuse pas de douleurs lombaires, elle n'éprouve pas de gêne ni à la miction, ni à la défécation. Son état général paraît assez bien conservé. Ses antécédents personnels se bornent à quelques crises de rhumatisme chronique généralisé. Réglée à 14 ans, et régulièrement, elle a eu quatre grossesses sans fausse couche.

Examen: Gros abdomen à parois relâchées, pas de tumeur perceptible à la palpation.

Toucher vaginal : On pénètre dans un vagin rétréci à mi-hauteur pas des bourgeons indurés qui en font presque totalement le tour dans son tiers antérieur. La paroi recto-vaginale est totalement envahie dans son tiers postérieur, dure et figée; de même, la paroi latérale gauche et partiellement la paroi latérale droite. Le col utérin est profond, assez petit; les culs-de-sac latéraux sont partiellement diminués de profondeur, surtout à droite; le cul-de-sac antérieur est très diminué; le cul-de-sac postérieur est occupé par des masses bourgeonnantes. Le corps utérin est de volume très moyen, il est mobile. On ramène du sang.

Toucher rectal: On se rend compte que la masse tumorale bourgeonnante, du volume d'un gros chou-fleur, fait saillie considérablement dans la lumière rectale; elle se prolonge très loin en haut avec les dimensions d'une grosse orange ayant l'aspect d'une masse en chou-fleur.

Spéculum: On tombe sur une vaste faille ulcérée au fond du vagin; cette faille, à fond bourgeonnant sur la superficie d'une pièce de 5 francs, est circonscrite par des bords crénelés et ne permet plus de reconnaître le col.

Conclusions cliniques: Il s'agit d'un épithélioma très envahissant, à forme ulcéro-bourgeonnante, du tiers postérieur du vagin et de la paroi recto-vaginale. Forme absolument inopérable.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur Sabrazès: Epithélioma baso-cellulaire. Mitoses nombreuses. Foyers de lymphocytose çà et là. Stroma assez abondant. Peu de tendance scléreuse.

Traitement radiothérapique: Première séance le 25 avril 1924. Avec trois incidences (sus-pubienne, sacrée, périnéale), d'une durée de 70 minutes chacune.

Deuxième séance le 16 mai 1924: Avec deux incidences sus-pubiennes, deux incidences sacrées, d'une durée de 60 minutes chacune.

Troisième séance le 30 mai 1924: Avec quatre incidences (sus-pubienne, sacrée, iliaque droite, iliaque gauche), d'une durée de 60 minutes chacune.

On a utilisé pour la première séance un appareil P. 7, et pour

les deuxième et troisième, un appareil Casel. La filtration a toujours été de 1 m/m de cuivre + 2 m/m aluminium.

Après la troisième séance, on constate au toucher un effacement de la paroi recto-vaginale par une série de bourgeons reposant sur une face indurée. La tendance à l'hémorragie de ces bourgeons a nettement diminué. Par le toucher rectal, on sent une masse correspondant au corps et au col utérins qui refoule en arrière la paroi rectale, et qui provoque la dyschésie dont se plaint la malade.

Quatrième séance le 20 juin 1924: Avec deux incidences sus-pubiennes et deux incidences sacrées. Appareil P. 7. Même filtration.

Après la quatrième séance, la malade n'a pas cessé de souffrir, ses douleurs ont même augmenté. Ses pertes n'ont pas diminué: rouges, ne sont pas malodorantes; blanches, elles infectent.

Au toucher, on sent sur la paroi postérieure du vagin, sur une longueur de huit centimètres, une masse bourgeonnante ferme, non friable, ne saignant pas et fixée à la paroi rectale. Il est impossible de reconnaître le col.

Au toucher rectal on sent que cette masse refoule la cloison rectale et efface presque toute la lumière du rectum.

Au spéculum, l'aspect est tomenteux avec des villosités nécrosées, grisâtres et rougeâtres, saignant facilement. Il semble qu'il y a une coulée descendant du col sur la partie inférieure du vagin.

Le 18 juillet 1924, la malade abandonne le traitement.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé RÉCHOU).

Service de M. le professeur Bergonié

Jeanne B..., 44 ans, ménagère, se présente à la consultation du 1er août 1924, envoyée par M. le professeur Guyot. Depuis 1911 environ, la malade ressent des petites douleurs dans l'hypogastre dont elle voit l'augmentation progressive surtout après la fatigue.

En même temps, elle a constaté l'apparition de pertes blanches et jaunâtres, inodores pendant longtemps, devenant malodorantes depuis deux mois seulement et de plus en plus abondantes.

Antécédents personnels : Régée à 15 ans normalement, la malade s'est mariée à 23 ans, a eu trois enfants assez bien portants. Pas de fausse couche. Elle a eu une angio-cholécystite lithiasique post-typhique pour laquelle il fut pratiqué, en 1920, une cholécystectomie.

Antécédents héréditaires : Plus de famille, ni ascendants directs ni collatéraux. Son mari est mort de phtisie pulmonaire.

Examen : La malade paraît être une femme assez robuste, elle fait des « ménages », se fatigue beaucoup. Son état général est assez bon mais avec amaigrissement léger, sans appétit ni sommeil. La miction est normale, la défécation irrégulière avec alternance de constipation et de diarrhée. Ses règles sont normales. L'écoulement se fait bien malgré la sténose vaginale, elle a des pertes roussâtres et se plaint de douleurs irradiées dans les reins et les jambes.

Toucher vaginal : On ne peut pénétrer que difficilement avec un seul doigt. Les parois vaginales sont infiltrées et en particulier la paroi recto-vaginale.

Diagnostic clinique : Néo très étendu du vagin.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur Sabrazès : Epithélioma du type plutôt intermédiaire, territoires baso-cellulaires, d'autres spino-cellulaires. Mitoses nombreuses (une sur 3 à 400 cellules), foyer de désintégration en bien des points, très peu d'hyperkératinisation dans les îlots spino-cellulaires, très peu de réaction lymphocytaire.

Traitement radiumthérapique : Application, le 7 août 1923, de 30 milligrammes de radium-émulsion en trois tubes de 10 milligr. mis en chapelet dans un tube de caoutchouc rouge filtré de 2 m/m 5 d'or + 1 m/m d'aluminium.

Le 13 août 1923, on enlève le radium à dix heures.

Durée : 167 heures $\times$ 30 = 5010 milligr. heure, 37,57 millicuries détruits.

La malade est revue le 17 septembre 1923. Après la séance, elle

a eu température et douleur et éprouvé des phénomènes de rectite intense; elle n'a plus de pertes rousses mais quelques pertes blanches. Son état général est très sensiblement amélioré.

Au toucher vaginal, sténose très serrée ne laissant passer fort difficilement qu'un doigt.

OBSERVATION XIX (reconstituée).

Mme Anna C..., 45 ans, journalière de la région de Cognac, entre le 8 juillet 1922 dans le service de M. le professeur Villar.

Antécédents personnels: La malade, mariée à 22 ans, a eu deux enfants: un fils actuellement âgée de 21 ans est réformé; une fille, âgée de 16 ans, très bien portante, mais présentant une malformation congénitale de la main gauche dont la nature n'a pu être précisée, mais avec absence probable des phalangines et phalanges.

Pas de fausse couche.

Nous n'avons pu trouver trace d'une réaction de Wasserman qui, sans doute, n'a pas été faite.

Antécédents collatéraux: Son frère présente actuellement des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Observation. Diagnostic: Trois mois avant d'entrer à l'hôpital, la malade se plaignait de pertes sanguinolentes survenant après les fatigues, et des douleurs localisées au bas-ventre avec irradiations lombaires. Cliniquement, on diagnostique un épithélioma du vagin.

Après biopsie pratiquée le 12 juillet 1922, l'examen histologique fait par M. le professeur Sabrazès démontre qu'il s'agit d'un épithélioma tubulé très envahissant. Le stroma est riche en cellules conjonctives et ça et là montre beaucoup de lymphocytes et de plasmocytes; en résumé, il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire.

La malade, jugée inopérable, est adressée par M. le professeur agrégé Papin à M. le professeur Bergonié, pour traitement radiumthérapique.

Traitement: Dès le 26 juillet 1922, on institue un traitement mixte curie-röntgenthérapie.

	Appareil B. B., intensité	
1re séance, 26 juillet 1922.....	1,5, filtre 80/10, distance 23 cm., durée 40 minutes. Inci- dence, sus-pubienne.	
2e séance, 4 août 1922.....		d° d°
3e séance, 11 août 1922.....		
Radium. 12 heures.		
4e séance, 23 août 1922.....	d° d°	
	Appareil P. 3, filtre 120/10,	
5e séance, 30 août 1922.....	distance 30 cm., durée 60 m. Incidence: en entrant dans la cavité vaginale.	
6e séance, 13 septembre 1922..		d° d°
7e séance, 22 septembre 1922..	d° d°	
Incidence: sus-pubienne.		
	Appareil B. B., filtre 80/10,	
8e séance, 6 octobre 1922.....	durée 60 minutes. Inciden- ce: vers le périnée, par la région sacrée.	
9e séance, 13 octobre 1922....		d° d°
Incidence: sus-pubienne.		
10e séance, 23 octobre 1922....	d° d°	
Incidence: sacrée.		
11e séance, 2 novembre 1922..	Application de radium 12 h.	
12e séance, 15 novembre 1922..	d° d°	
13e séance, 27 décembre 1922..	d° d°	

Résultats: Après la sixième séance, la malade se sent plus forte mais son état local n'a pas varié, de même après la septième séance, et les pertes n'ont pas diminué. Examinée de nouveau à la fin du traitement, la malade a des pertes abondantes, fétides et accuse de la douleur.

Au toucher, on trouve le vagin à peu près comblé par des masses bourgeonnantes dures. On ne peut repérer le col.

Cystoscopie: Orifices urétéraux normaux. Congestion du col vésical.

La malade est décédée en mars 1923, après d'atroces souffrances.

OBSERVATION XX

(« *In-Le Cancer et son traitement rationnel* », par M. le Docteur E. BARONAKI, Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois).

Mme L..., 39 ans, demeurant à Paris, nous a été adressée par un confrère à la fin août 1917 dans un état désespéré.

L'année précédente, elle avait subi une hystérectomie partielle. Lorsque nous l'examinâmes, elle était atteinte d'un vaste épithélioma du vagin qui remplissait toute la cavité inaccessible au doigt, souffrant beaucoup, ayant eu plusieurs hémorragies très graves, perdant dans l'intervalle un liquide sanieux caractéristique, très amaigrie, très cachectique, s'alimentant très mal, dormant peu. C'est dans ces conditions que nous lui appliquâmes notre traitement.

En deux mois, nous constatâmes une véritable résurrection. Toute douleur disparut pour ainsi dire; les pertes diminuèrent considérablement et son poids augmenta de sept livres. Au point de vue local, l'amélioration est également très sensible; l'examen est devenu très facile par suite de l'expulsion d'une certaine quantité de bourgeons épithéliaux et on sent nettement tout le vagin tapissé par le néoplasme.

Actuellement, après 25 mois de traitement son état est des plus satisfaisants, quoique notre distingué confrère ait estimé, à l'époque où il nous l'adressa, qu'elle résisterait deux mois au plus à son affection. Nous continuons à la soigner.

Avant le traitement : globules rouges, deux millions et demi; globules blancs, quatorze mille.

Biopsie : épithélioma.

Wassermann : négatif.

Après un an de traitement : globules rouges, quatre millions; globules blancs : douze mille. Bien que, au point de vue local et

général, l'état de cette malade se soit considérablement amélioré encore, elle a présenté brusquement des douleurs intenses vésico-abdominales à la suite d'un long voyage. Une intervention chirurgicale à laquelle elle succomba, fut pratiquée à l'hôpital Necker, dans le courant d'octobre 1919.



CONCLUSIONS

1° Le pronostic du cancer primitif du vagin demeure extrêmement sévère, mais si la récédive est presque de règle, celle-ci comporte heureusement quelques exceptions qui permettent d'espérer que dans un avenir plus ou moins prochain la gravité du pronostic pourra être largement atténuée:

2° Il paraît nécessaire de poser d'une manière très précise le diagnostic histologique de chaque tumeur que l'on se propose de traiter, en établissant au besoin son index karyskinétique;

3° Au point de vue thérapeutique, il n'est pas indifférent d'appliquer à tous les néoplasmes du vagin, soit le traitement chirurgical, soit le traitement par irradiations. On doit se baser pour cela sur la radio sensibilité des tissus pathologiques, c'est-à-dire sur le diagnostic complet et détaillé précédemment établi. Etant donné l'impossibilité où nous sommes d'obtenir actuellement l'égalité rigoureuse d'irradiation de toutes les cellules d'une tumeur, il semble plus sage de traiter les tumeurs au début et bien limitées par le Radium que par la Radiothérapie pénétrante, et plus sage encore de les traiter par la méthode sanglante. Mais dans les cas plus douteux, un traitement par les agents physiques peut, à condition d'être bien adapté à la formule histologique du néoplasme, donner des résultats sensiblement équivalents à ceux de la chirurgie;

4° Enfin, dans le cas où le tissu pararectal paraît menacé, il est prouvé qu'on peut encore obtenir d'excellents résultats par l'ablation en un seul bloc de l'arbre génital tout entier et du rectum. Mais l'énorme mutilation que comporte une telle intervention empêche de la considérer comme le traitement de choix de tous les néoplasmes du vagin ;

5° L'association thérapeutique du Radium à la chirurgie paraît définitivement condamnée ;

6° En raison du trop petit nombre de succès obtenus soit par la chirurgie, soit par le Radium, on n'est point autorisé à refuser l'aide que peuvent apporter certaines thérapeutiques nouvelles telles que l'opothérapie. Sans préjuger le moins du monde de la nature même du processus de cancérisation, il ne paraît point illogique *a priori* de chercher à renforcer les défenses de l'organisme en lui restituant les produits normaux de sécrétions endocriniennes qui peuvent lui faire défaut ;

7° Au point de vue social, il est important de mettre les femmes en garde contre la fausseté de cette opinion trop répandue que le cancer ne frappe pas les femmes jeunes. Quand, par l'éducation du public, il sera possible de poser des diagnostics plus précoces, on est en droit d'espérer que les statistiques opératoires s'amélioreront.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 Juin 1925

Le Recteur de l'Académie :

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILEY et BAGG (New-York). — Le traitement du cancer vulvaire et vaginal, par R. A. E. filtré et non filtré (*American Journal of Obstetric and Gynecology*, 1921, vol. II, n° 6, p. 587-597. Analysé in-*Journal de Chirurgie*, 1922, p. 229.
- BARONAKI. — Le cancer et son traitement radical rationnel.
- BÉGOUIN. — Gynécologie et Obstétrique, 1921, p. 440.
- BONNEFOUS. — Contribution à l'étude du cancer primitif du vagin, Thèse de Paris, 1902.
- BOURGEOIS. — Du traitement du cancer primitif du vagin. Thèse de Lyon, 1907.
- CARLIER. — Traitement du cancer primitif de la paroi postérieure du vagin. Thèse de Bordeaux, 1923-1924.
- CRITZMANN. — Le cancer.
- DOYEN. — Traitement local des cancers accessibles par l'action de la chaleur au-dessus de 55°.
- DUVAL (Pierre). — Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 13 juin 1906.
- FAURE (J.-L.). — Cancer de l'utérus (Bibliothèque du cancer).
— *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 14 décembre 1904, p. 1042.
— *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 10 juillet 1912.

- FIBICER (Joannès), de Copenhague. — Le cancer spiroptérien. Congrès international du cancer, Strasbourg, 23-24 juillet 1923. *Analysé in-Presses Médicales*,^e 1923, n° 67, p. 730.
- GARIPUY (R.). — Cancer du vagin traité par le radium au cours d'une grossesse. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, p. 553.
- HARTMANN (Henri). — Cancer du vagin. Colpohystérectomie totale par l'incision paravaginale. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 1^{er} décembre 1909.
- HUGUET. — Observation de fibro-sarcome du vagin chez une enfant de 6 ans. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 17 octobre 1900.
- ITCHIKAWA (K). de Saporro (Japon). — Surproduction expérimentale du cancer du goudron. Congrès international du cancer, Strasbourg, 23-24 juillet 1923. *Presses Médicales*, 1923, n° 67, p. 730.
- LE DENTU. — Traitement de la fistule recto-vaginale. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 6 mars 1895, p. 172.
- LEGUEU. — Cancer du vagin guéri depuis 10 ans. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 13 février 1907, p. 187.
- LETULLE (M.). — Lésions nécrobiotiques de la muqueuse génitale (utérus et vagin) produites par le radium. Société anatomique de Paris, 1921, p. 120.
- NAAMÉ. — La dyseytogénèse hypocytopoïétique dysentrophique ou cancer.
- NÉLATON. — Traité de pathologie chirurgicale, 1857.
- NOCIER. — Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon, séance du 6 juin 1923. *Presses Médicales*, 1923, n° 48, p. 546.
- PÉRAIRE. — Néoplasme utérin et vaginal ayant débuté par de la leucoplasie. Société anatomique, février 1908, p. 163.

PENTIMALLI (Naples). — Le sarcome infectieux des poules. Congrès international du cancer, Strasbourg, 23-24 juillet 1923, *in-Presses Médicales*, 1923, n. 67, p. 730.

PHILIPOWICZ (de Czernowitz). — *Zentralblatt für Chirurgie*, tome I, n° 20, 19 mai 1923, p. 793-795. Analysé *in-Journal de Chirurgie*, 1923, tome XXII, p. 219.

PICQUÉ (Lucien). — Kyste du vagin probablement d'origine wolpienne. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 6 juillet 1899.

POTHERAT (E.). — Tumeur solide du vagin. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 11 juillet 1906, p. 703.

POZZI. — Traité de gynécologie, tome II.

— Epithélioma primitif de la partie supérieure du vagin. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 19 décembre 1894.

PROUST. — L'opération de Schuchardt-Shanta. *Presse Médicale*, 16 mars 1907.

REGAUD. — Gynécologie et Obstétrique, 1921, p. 440.

RENAUD (Maurice). — Néphrite des cancéreux. *Société médicale des hôpitaux*, n° 10, p. 151, 30 janvier 1925.

— Association française pour l'étude du cancer, séance du 28 avril 1924. *Presse médicale*, 1924, n° 40, p. 438.

ROUSSY (G.). — L'état actuel du problème du cancer.

ROUVILLE (DE). — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, p. 553.

SEGOND. — Traitement de la fistule recto-vaginale. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 6 mars 1895, p. 172.

STÉFANI. — Mélano-sarcome. *In-Tumori*, an. IX, fasc. 4, 25 mars 1923, p. 440. Analysé *in-Journal de Chirurgie*, 1923, tome XXII, p. 101.

- SWOBODA. — *Wiener Klinische Wochenschrift* (Vienne), t. XXXV, n° 11, analysé *in-Pressé Médicale*, 1924, n° 36, p. 81.
- TRAPENARD. — Considération sur l'épithélioma primitif du vagin. Thèse de Paris, 1906-1907.
- TUFFIER. — Déciduome malin de la muqueuse vaginale sans déciduome utérin. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 14 décembre 1904.
-

